

REGISTRO DE PACIENTE

 Paciente Nuevo Paciente Establecido

Nombre del paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento:	Carrera:
Núm. de Seg. Social (opcional):	Origen étnico:
Dirección postal:	Dirección local:
<i>círculo uno:</i> Apt., Unit, Bldg., Lot, Suite #:	<i>círculo uno:</i> Apt., Unit, Bldg., Lot, Suite #:
Ciudad: Estado: Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono / Casa #:	Teléfono / Celular #:
Correo Electrónico:	

Razón de la Visita:

- ¿Se trata de una lesión relacionada con el trabajo? (*círculo uno*): **Sí** **No**
- En caso afirmativo, ¿ha notificado o planea notificar a su empleador? (*círculo uno*): **Sí** **No**

¿Cómo se enteró de nosotros? (*seleccionar uno*):

- Servicio de atención al Cliente el correo electrónico a visos del centro
- familia/amigo/boca a boca directorio telefónico Locación
- Búsqueda en Internet: _____ Publicidad impresa: _____ Radio: _____
- Escuela/guardería: _____ Empleador: _____
- Evento comunitario: _____ Hotel: _____
- Referencia del médico: _____ Farmacia: _____
- Complejo de apartamentos: _____ Seguro: _____

Detalles de Seguro Médico

Compañía de seguros primaria:	Copago/coaseguro/deducible cantidad:	
Núm. ID/póliza #:	Núm. De grupo:	
Nombre del suscriptor (si corresponde):	Núm. de Seg. Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección del suscriptor:	Relación:	
¿Seguro secundario?	I Núm. ID/póliza #:	Núm. De grupo:

Padre , Tutor Legal de Menor o Adulto Incapacitado

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
Relación:	Numero de contacto:

Firma

Nombre del paciente:	Fecha:
----------------------	--------

Gracias por elegir el cuidado urgente de NextCare.

¡ Su satisfacción es importante para nosotros! Por favor, deje su dirección de correo electrónico en el espacio proporcionado y le enviaremos una encuesta sobre su visita hoy.