



# REGISTRO DE PACIENTES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Marque uno por favor:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de telefono de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿A qué número de teléfono que usted prefiere? \_\_\_\_\_ Podemos dejar un mensaje de voz??  Si  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Raza: Blanco  África América  Asia  Nativo Americano / Alaska Raza   
Nativo de Hawai / otras Islas del Pacífico

Etnia (Origen): Hispanos o latinos  No Hispano o Latino  No contestar

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Eres un Veterano?  Si  No

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Informacion de esposo o padre o madre (para menores):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ :

¿Usted nos da permiso para enviar los registros médicos a su portal seguro del paciente?  Sí  No

¿Tiene una directiva avanzada?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione documento.)

## Contacto de Emergencia – Pariente o amigo que no vive con Ud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Información del seguro:

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

A lo mejor de mi conocimiento , toda la información es verdadera y correcta . Yo entiendo que soy responsable de pagar por todos los servicios prestados a mí y que yo estoy dispuesto a hacer arreglos específicos para pagar lo que no está cubierto por el seguro en el momento oportuno . Yo autorizo a mi médico para el intercambio mutuo de información con mi médico de referencia y sus asociados en el grado necesario para determinar la responsabilidad para el pago y obtener el reembolso . Autorizo la divulgación de partes del registro médico del paciente para mis compañías de seguros . Si esta cuenta se asigna a un abogado para colecciones o traje , la parte ganadora tendrá derecho a los honorarios y coste de la recogida del abogado razonable . Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los cuales tengo derecho a mi médico por los servicios prestados a mí o mi dependiente . Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito . Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original .

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firmas cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de Medicare autorizado , Medicaid u otros beneficios de seguro será hecho directamente a Highlands Grupo de Oncología para cualquier servicio prestado a mí por Highlands Oncology Group . Autorizo Highlands Oncology Group a divulgar información a HCFA y sus agentes la información necesaria para determinar o any benefcios .

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_