

REGISTRO DE PACIENTE

NOMBRE PACIENTE: _____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: M F
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION: _____
CALLE APARTAMENTO # CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO #: (____) _____ - _____ CELULAR #: (____) _____ - _____ SEGURO SOCIAL#: _____ - _____ - _____

CORREO ELECTRONICO: _____ LICENCIA CONDUCIR#: _____

METODO DE COMMUNICACION PREFERIDO: CORREO ELECTRONICO CELULAR TELEFONO CASA CORREO

STATUS MARITAL : CASADO SOLTERO DIVORCIADO VIUDO OTHER PREFERRED LANGUAGE: _____

NOMBRE EMPLEADOR: _____ TELEFONO EMPLEADOR #: (____) _____ - _____

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

RAZON PARA LA VISITA: _____

ETHNICIDAD (ESCOJA UNO):	<input type="checkbox"/> HISPANO OR LATINO	<input type="checkbox"/> NO HISPANO OR LATINO	<input type="checkbox"/> NO QUIERE RESPONDER	<input type="checkbox"/> OTRO
RAZA (ESCOJA EL QUE APLICA):	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICAN / NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/> ASIATICO	<input type="checkbox"/> NEGRO/ AFRICANO AMERICANO	
	<input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIIANO/OTRO ISLAS PACIFICAS	<input type="checkbox"/> BLANCO		

ESPOSO/A PADRE/MADRE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ RELACION AL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION: _____
(SI DIFERENTE A LA DE ARRIBA) CALLE APARTAMENTO # CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO CASA #: (____) _____ - _____ LICENCIA CONDUCIR #: _____ SEGURO SOCIAL #: _____ - _____ - _____

CORRECO ELECTRONICO: _____

INFORMACION DE EMPLEADOR

NOMBRE DE EMPLEADOR: _____ TELEFONO EMPLEADOR #: (____) _____ - _____

DIRECCION _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DE SEGURO

ICOMPANIA DE SEGURO			NOMBRE DEL ASEGURADO	
DIRECCION			FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO #	
POLIZA #	GRUPO #	RELACIO AL PACIENTE:	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> PAREJA
			<input type="checkbox"/> PADRE/MADRE	<input type="checkbox"/> OTHER

MEDICO PRIMARIO: _____ NUMERO TELEFONO: (____) _____ - _____

FARMACIA PREFERENCIA: _____ NUMERO TELEFONO: (____) _____ - _____

HOSPITAL PREFERENCIA: _____ NUMERO TELEFONO (____) _____ - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NUMERO TELEFONO: _____ RELACION: _____

ACEPTANZA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Toda visita tiene que ser pagada al momento de visita. Le mandaremos un recibo a su compañía de seguro como una cortesía si provee información de seguro correcta y vigente, y única si hace su pago correspondiente de deducible durante su visita médica. **Responsabilidad de pago por todos los cargos es a todo momento del paciente o persona encargada del paciente.** Al firmar este formulario, asigna que los beneficios de seguro se hagan directamente a Ventura Urgent Care Center y autoriza que su empresa de seguro haga todo pago directamente a Ventura Urgent Care por servicios proveídos. **Todo medicamento dado se pagara durante la visita**

AUTORIZACION PARA RECEIBIR TRATAMIENTO

LA PERSONA QUE FIRMA DA AUTORIZACION:

- (1) SER TRATADO EN VENTURA URGENT CARE CENTER
- (2) DAR RECORDS MEDICOS A SU SEGURO O CUALQUIER ORGANIZACION QUE LO REQUIERA PARA EL MISMO OBJETIVO.

Firma de paciente o asegurado _____ Fecha _____