

DR J EXPRESS CARE REGISTRO DE PACIENTES

Información del paciente

Nombre completo del paciente:

Paciente Nuevo Paciente Existente

Razón de la Visita:

Fecha de nacimiento: Sexo: Masculino Femenino

Núm. de Seg. Social: Etnicidad/Raza:

Dirección local: Núm. de apartamento:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono principal: Casa Celular Trabajo

Teléfono secundario: Casa Celular Trabajo

Dirección de correo electrónico: Proporcionando su dirección de correo electrónico, usted acepta nuestra política de privacidad

¿Cómo se enteró de nosotros?

Locación Servicio de atención al Cliente el correo electrónico a visos del centro familia/amigo/boca a boca Búsqueda en Internet Publicidad impresa Radio directorio telefónico

Escuela/guardería: _____ Empleador: _____

Evento comunitario: _____ Hotel: _____

Referencia del médico: _____ Farmacia: _____

Complejo de apartamentos: _____ Seguro: _____

Estado civil: Dependiente Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Nombre completo del cónyuge:

Dirección permanente (si no es local):

Ciudad: Estado: Código postal:

Médico de atención primaria:

Empleador:

Información del suscriptor seguros

Completar solo si no el paciente

Nombre completo del suscriptor:

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Núm. de Seg. Social del suscriptor:

Relación del suscriptor con el paciente:

Dirección permanente del suscriptor: Núm. de apartamento:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono principal del suscriptor: Casa Celular Trabajo

Teléfono secundario del suscriptor: Casa Celular Trabajo

Empleador del suscriptor:

Complete detalles de seguros

Compañía de seguros:

Tipo: HMO / PPO Medicare Medicaid/AHCCCS Tricare Otro

Núm. ID/póliza #: Núm. De grupo:

Copago/coaseguro/deducible cantidad: Fecha de vigencia:

¿Seguro secundario? Sí No Nombre de compañía:

Padre o Legal Guarían de menor o adulto incapacitado solo

Nombre completo: Fecha de nacimiento:

Relación: Numero de contacto:

Firma

Nombre del paciente: Fecha: _____

Firma: _____

Gracias por elegir Dr. J Express Care. ¡Su satisfacción es importante para nosotros! Deje su dirección de correo electrónico en el espacio que se proporciona y le enviaremos una encuesta acerca de su visita de hoy.