

**RAPID RESPONSE URGENT CARE REGISTRO DE PACIENTES**

## Información del suscriptor seguros

Nombre completo del suscripto:

Fecha de nacimiento del suscripto:

Núm. de Seg. Social del suscripto:

Relación del suscripto con el paciente:

Dirección permanente del suscripto:

Núm. de apartamento:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono principal del suscripto:

Casa  Celular  Trabajo

Teléfono secundario del suscripto:

Casa  Celular  Trabajo

Empleador del suscripto:

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:


Nombre del paciente:	Fecha:
Firma:	

### Información del paciente

Nombre completo del paciente:		
<input type="checkbox"/> Paciente Nuevo <input type="checkbox"/> Paciente Existente		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Razón de la Visita:</b>
Dirección local:	Núm. de apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Proporcionando su dirección de correo electrónico, usted acepta nuestra política de privacidad		
Dirección de correo electrónico:		
<b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b>		
<input type="checkbox"/> Locación <input type="checkbox"/> Servicio de atención al Cliente <input type="checkbox"/> el correo electrónico <input type="checkbox"/> a visos del centro <input type="checkbox"/> familia/amigo/boca a boca <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> Publicidad impresa		
<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> directorio telefónico		
<input type="checkbox"/> Escuela/guardería: _____ <input type="checkbox"/> Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Evento comunitario: _____ <input type="checkbox"/> Hotel: _____		
<input type="checkbox"/> Referencia del médico: _____ <input type="checkbox"/> Farmacia: _____ <input type="checkbox"/> Complejo de apartamentos: _____ <input type="checkbox"/> Seguro: _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a		
Nombre completo del cónyuge:		
Dirección permanente (si no es local):		
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
Medico de atención primaria:		

Núm. de Seg. Social:	Etnicidad/Raza:
Teléfono secundario:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo