

## Papel de Registracion

*Favor de Escribir con Claridad*

Fecha \_\_\_\_\_

Informacion del Paciente					
# Seguro Social		Nombre: (Primer) (Apellido)		(Segundo Nombre)	
Fecha De Nacimiento:		Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>			
Direccion de Casa:			Codigo Postal:	Ciudad:	Estado: Pais:
# Telefono:		# Celular:		Correo Electronico:	
Informacion/Publicidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Notificacion con Comunicacion Recordatorio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Modo De Comunicacion Preferido: Correo <input type="checkbox"/> Telefono Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>			Como se Entero de Nuestra Clinica?		
Estado Social: Menor de Edad <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vuido/a <input type="checkbox"/>	
Nombre de Empleado:			# De Empleador:		
Estado de Empleo: Estudiante <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desibilidad <input type="checkbox"/>					
Informacion Adicional					
Doctor Particular:			Doctor Referido:		
Contacto De Emergencia					
Nombre Completo: (Primero)		(Apellido)		(2 <sup>nd</sup> Nombre) Relacion al Paciente:	
Direccion:			Codigo Postal:	Ciudad:	Estado: Pais:
Telefono Principal #:			Correo Electorónico:		
DEMOGRAFIA					
Raza: American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/>					
Ethnicidad : Hispanic o Latino <input type="checkbox"/> No Hispanic o Latino <input type="checkbox"/>					
Lenguaje de Preferencia: Ingles <input type="checkbox"/> Espanol: <input type="checkbox"/>					
INFORMACION DE POLISA					
Nombre: (Primero)		(Apellido)		(2 <sup>nd</sup> Nombre)	
Direccion:			Codigo Postal:	Ciudad:	Estado: Pais:
# Seguro Social:		Fecha De Nacimiento:		Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Relacion al Paciente:	
INFORMACION DEL GRANTIZANTE <i>(Persona Responsable de los Cargos Financieros)</i>					
Nombre: (Apellido)		(Primer Nombre)		(2 <sup>nd</sup> Nombre)	
Direccion:			Codigo Postal:	Ciudad:	Estado: Pais:
# Telefono:		# Seguro Social:		Fecha De Nacimiento: Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Relacion al Paciente:	

*Como garantizante o paciente acepto que eh recibido y leído una copia de "Responsabilidad Financiera al Paciente", "Derechos del paciente sobre informacion de la privacidad" y "La privacidad y confidensacion sobre los records medico". Entiendo que al recibir una copia de este acuerdo, tiene la misma efficas como el original.*

**Firma del Paciente/Garantizante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



976 Mountain City Hwy, Elko Nevada 89801  
Phone: 775-777-7587 Fax: 775-738-9584

**Información de consentimiento**

Usted consiente y acuerda expresamente que, con el fin de discutir o dar servicio a sus cuentas (las "cuentas") o para cobrar los montos que usted puede deber, a + Total Care, y sus oficiales, agentes, afiliados, empleados, y cualquier proveedor de servicios afiliados o asociados y cualquier la Agencia de cobro de deudas de terceros asociada con ella (colectivamente, "nosotros") puede ponerse en contacto con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con las cuentas, incluyendo los números de teléfono inalámbricos, que podrían resultar en cargos a usted. Usted consiente y acepta expresamente que también podemos comunicarnos con usted enviando mensajes de texto, correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione, o mediante mensajes de voz o voz pregrabados o artificiales, métodos de marcación automática, sistemas o dispositivos, y pre-grabados o la voz artificial pide a cualquier número de teléfono asociado a las cuentas, incluyendo números de teléfono sin hilos o móviles, sin importar si usted incurre en cargos como resultado.

Firma del paciente/guardián: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de notificación de los resultados de la prueba**

Doy permiso a A+ Total Care para notificar: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Doy permiso a A+ Total Care para dejar cualquier información de salud en mi buzón de voz.

Firma del paciente/guardián: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_