

# Colorado Mountain Medical

Formulario de registro de pacientes

Paciente Acct #: \_\_\_\_\_

P A C I E N T E	Nombre del paciente: Apellido			Primer nombre (legal):			Medio inicial:			
	Dirección postal:									
	Ciudad:			Estado:			Código postal:			
	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Femenina			Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)						
	SSN #:			Fecha de nacimiento: DD/MM/AA			Edad:			
	Número de teléfono de Casa:			Trabajo #			Ext #		Celular #	
	Empleador:						Dirección:			
	Dirección de correo electrónico:									
	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Reglamentada/ se negó a informe			<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Reglamentada/se negó a informe			<b>Mejor número de contacto</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <b>Podemos dejar mensaje</b> Sí/No			
							<b>Idioma preferido:</b> _____			
Nombre de Farmacia:			Calle/ciudad:			Teléfono:				
Nombre de farmacia de pedidos por correo:						Teléfono:				
Nombre del médico de familia : _____						Teléfono: _____				
Nombre de medico que lo refirió : _____						Teléfono: _____				
Nombre del contacto de emergencia : _____						Teléfono: _____				
Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro										
<b>* Por favor presentar su tarjeta de seguro y identificación a la recepcionista *</b>										
S E G U R O	Seguro primario: _____									
	Nombre de Suscriptor: _____			Fecha de Nacimiento _____			SSN _____			
	Dirección de Suscriptor: _____									
	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro									
Seguro Secundario: _____										
Nombre de Suscriptor: _____			Fecha de Nacimiento: _____			SSN: _____				
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro										
Se ha presentado reclamación de indemnización de los trabajadores de esta lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en caso afirmativo, fecha de la lesión: _____										
Nombre del Seguro de trabajadores: _____			Nombre de regulador & Teléfono: _____							
* Aprobación debe ser dado por su empleador, Gerente de caso de enfermera o regulador <b>antes</b> de su cita. Citas echas sin aprobación previa serán programadas para otra fecha.										
F I N A N S A S	Persona responsable (para pacientes que son menores de 18)									
	Apellido:			Primero: (legal)			medio inicial:			
	Dirección: (si es distinta de la paciente)									
	Ciudad:			Estado:			Código postal:			
	SSN #:			Fecha de nacimiento:						
Número de teléfono:			Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor							