



REGISTRO DE PACIENTES

Apply Patient Label

- Main Campus
- Mercy Gilbert

Queja:	Hora: Fecha: / /	Historia clínica nueva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tipo de cuenta:	<input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio	<input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Emergencias	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE:				
Apellido:	Primer nombre:	Inicial del 2do. nombre:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
**Fecha de nacimiento: _____ Raza _____ Religión _____ Etnia: Hispano / No-Hispano Idioma: _____				
Domicilio:			Teléfono de casa: ()	
Ciudad:	Estado/País:	Código postal:		
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO				
Compañía de seguros principal:				
Dirección de la oficina de cobranzas:			Teléfono del plan médico: ()	
Ciudad:	Estado/País:	Código postal:		
Núm. póliza:	Núm. grupo:			
Apellido del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:	Relación con el paciente:	**Fecha de nacimiento:	

**Debe anotar la fecha de nacimiento

Correo electrónico: _____ **De teléfono celular:** _____

FIADOR			
Apellido del fiador:	Nombre del fiador:	**Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:
Dirección de facturación (en la que recibe su correo):			
Domicilio:			De teléfono celular: ()
Ciudad:	Estado/País:	Código postal:	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Médico familiar:		Teléfono del médico: ()	
Iniciales del profesional:			

Copy all insurance cards & photo ID for chart

