

HCA Physician Services
Center for Advanced Medical Care

FORMA DE REGISTRACION

INFORMACION DEL PACIENTE

Circule Uno: Sr. Sra. Jr. otro _____
Nombre del paciente: (apellido) _____ (nombre) _____
Circule estado civil: Casado Soltero Divorciado Legalmente Separado Otro _____
Seguro Social: _____ - _____ - _____ Masculino o Femenino
Fecha de nacimiento: ____/____/____
Direccion de E-mail: _____
Telefono _____ Celular: _____
Telefonode trabajo: _____ Beeper: _____
Direccion de residencia: _____
Ciudad y estado: _____
Estado de Empleo: Empleado Estudiante Retirado Empleado independiente Desempleado
Empleado: _____ Telefono _____
Nombre de contacto en caso de emergencia _____ Telefono _____
Contacto de emergencia, tipo de relacion con paciente _____
Doctor que lo refirio _____ Telefono _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE

(Apellido) _____ (nombre) _____
Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Telefono de casa: _____ Celular: _____
Empleo _____ Telefono: _____

SEGURO PRIMARIO

(Nombre) _____
Telefono de seguro _____

SEGURO SECUNDARIO

(Nombre) _____
Telefono de seguro _____

PERSONAS QUE CONTACTAR

Yo autorizo a medicos especialistas de disponer y discutir cualquier tipo de informacion relacionada con mi condicion medica, con cualquiera de las siguientes personas de mi familia, relativos, y amigos personales.

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____
Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____
Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Yo no autorizo a ninguna persona de mi familia, relativos, o amigos personales a tener acceso a cualquiera tipo de informacion referente a mi condicion medica.

Deseo ser contactado in cualquiera de los siguientes casos:

Telefono de casa: _____ Trabajo: _____

- Autorizo dejar mensaje con informacion detallada en mi casa
- Autorizo dejar mensaje solo con numero en mi casa
- Autorizo dejar mensaje con informacion detallada en mi trabajo
- Autorizo dejar mensaje solo con numero en mi trabajo
- Comunicacion escrita
- Autorizo enviar correo a mi casa (direction) _____
- Autorizo enviar correo a mi trabajo/oficina (direction) _____
- Autorizo enviar fax a este numero _____

La duracion de esta autorizacion es indefinida solo que sea cancelada por escrito. Entiendo que la informacion medica requerida por otras personas no enlistadas arriba, debera requerir autorizacion antes de dar cualquier informacion medica.

Firma de paciente o representante legal _____ Fecha _____