



CLARKSON FAMILY MEDICINE
SERVICIOS DE REGISTRO DEL PACIENTE
4200 Douglas Street, Omaha, NE 68131-2700
PHONE: 402-552-3222
FAX: 402-552-2172

SERVICIOS DE REGISTRO DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES:

1. Por favor escriba en letra de molde y complete la información en ambos lados.
2. Si usted necesita asistencia en llenar este documento, por favor comuníquese con los servicios de Registro del Paciente a los números en la cabecera del documento.
3. Por favor recuerde traer su tarjeta del seguro medico cuando llegue la hora de admisión.
4. Por favor comuníquese con nosotros al número telefónico en la cabecera de este documento si requiere arreglos especiales.

MRN:		CSN:			
FECHA DE LLEGADA: _____ HORA DE LLEGADA: _____		TIPO DE SERVICIO <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Ginecología <input type="checkbox"/> CITA Médica <input type="checkbox"/> Prueba Programada QUEJA _____			
MODO DE LLEGADA: _____					
INFORMACION DEL PACIENTE	Doctor de Cabecera	Doctor de referido		¿Necesita un intérprete? Sí _____ No _____ Si es así, ¿qué lenguaje?	
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro No Hispano <input type="checkbox"/> Caucásico No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano Blanco <input type="checkbox"/> Hispano Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro	
Preferencia de Recordatorio de Citas:					
Dirección: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Condado de Residencia	Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
Correo electrónico	Preferencia Religiosa	Comunidad de Fe/Ciudad	¿Quiere que le notifiquemos a su comunidad de fe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Pareja de vida	Número del Seguro Social	Apellido de soltera del paciente	Apellido de Soltera de la mamá del paciente (para identificar expedientes)		
		Otros Nombres (alias/apodos)			
Patrón	Estado <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo				
INFORMACION DEL CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Marque si la dirección y número telefónico son iguales a los del cónyuge					
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Fecha de Nacimiento		Patrón	
Teléfono del Trabajo		Estado <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo			
INFORMACIÓN DEL PARIENTE (PERSONA QUIEN PUEDE TOMAR DECISIONES MEDICAS DE SU PARTE SI USTED NO ES CAPAZ)					

Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Dirección: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Relación al Paciente	
CONTACTO DE EMERGENCIA (NO EL MISMO PARIENTE ANTERIORMENTE ANOTADO)			
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial	Teléfono Principal	Teléfono Secundario	Relación al Paciente
PERSONA RESPONSABLE (UNA PERSONA EN LA FAMILIA QUIEN SE RESPONSABILIZA POR LAS FACTURACIONES)			
<input type="checkbox"/> Marque si la dirección y número telefónico son iguales al del paciente			
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial	Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente	Número del Seguro Social
Dirección: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono del Hogar	Patrón	
Teléfono del Trabajo	Estado <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo		
INFORMACION DEL SEGURO MEDICO			
Medicare Póliza #	Efectiva él		Fecha Cuando se Jubiló
Última Hospitalización	Fecha	Nombre del Hospital	Dirección del Hospital: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal
Cobertura por Medicaid (Por favor marque la casilla que aplique)	Póliza #	# de Grupo	
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Share Advantage <input type="checkbox"/> Primary Care Plus			
<input type="checkbox"/> Fuera del estado de Nebraska (anote el estado): _____			
Información del Accidente/Lesión/Compensación de empleo (sí aplica)	Fecha	Hora	Estado o Condado donde ocurrió (Accidente de auto solamente)
Seguro Médico – Nombre	Nombre del Asegurado en la Póliza como aparece en la tarjeta	Póliza #	Group #
Nombre de grupo	Patrón	Efectiva él	
Dirección de Reclamo: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	# Telefónico de Servicios al Paciente/Beneficios	# Telefónico Pre-Autorización/Hospitalización	
Seguro Médico – Nombre	Nombre del Asegurado en la Póliza	Póliza #	Group #
Nombre de grupo	Patrón	Efectiva él	
Dirección de Reclamo: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	# Telefónico de Servicios al Paciente/Beneficios	# Telefónico Pre-Autorización/Hospitalización	