

Fecha: _____ Proveedor: _____

Nombre	Inicial 2° nombre	Apellido	Distintivo

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Estado civil legal: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Nuestros proveedores médicos están participando en un programa de gobierno que fomenta la adopción de expedientes médicos electrónicos. Se supone que esta tecnología conlleva reducciones al costo de los cuidados a la salud, pero también mejorará la calidad de sus cuidados y nuestra habilidad de comunicarnos con usted, nuestro(a) paciente. Como parte de este programa, el gobierno requiere que nosotros registremos la siguiente información demográfica sobre usted:

RAZA

- Asiática Hispana o Latina
 Amerindia o Nativa de Alaska Hawaiana nativa o Isleña del Pacífico
 Negra/Afroamericana Otra raza: _____
 Blanca

ORIGEN ÉTNICO

- Latino / Hispano
 Otro: _____
 Declino indicarlo

Idioma: _____

Empleado(a) Estudiante a medio tiempo Estudiante a tiempo completo Jubilado(a)

Empleador / Escuela: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ # Teléfono celular: ()

Teléfono de la casa: () # Teléfono del trabajo: () Ext. _____

DERIVADO(A) POR:

Nombre previo: _____

Cónyuge / Pareja / Padre o Tutor: _____

Ocupación del Cónyuge / Pareja / Padre o Tutor: _____

En caso de emergencia notificar a: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Dirección secundaria / alternativa para envío de facturas: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha: De _____ a _____ # Teléfono: ()

Farmacia preferida: Nombre: _____

Ubicación: _____

Teléfono: _____

SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM
MEDICINA INTERNA NEWTOWN
REGISTRO DEL PACIENTE
 (NEWTOWN INTERNAL MEDICINE PATIENT REGISTRATION)

PLACE PATIENT ID LABEL HERE

PACIENTES CON MEDICARE: Medicare no siempre paga sus facturas primero. Por favor indique cuál seguro paga sus facturas primero proporcionando la información del seguro en la sección Seguro Primario de este formulario.

Seguro primario (Compañía de seguros que paga primero):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Nombre o # del Grupo: Fechas de la póliza De a

Identificación del seguro:

SUScriptor(A) DEL SEGURO PRIMARIO / INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Apellido: Nombre: Inicial del 2º nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Relación del titular de la póliza con el paciente: Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: # Seguro Social:

Teléfono de la casa: ()

Empleador del asegurado(a): Plan de seguros del empleador: Sí No

Seguro secundario (Compañía de seguros que paga en segundo lugar):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Nombre o # del Grupo: Fechas de la póliza De a

Identificación del seguro:

SUScriptor(A) DEL SEGURO SECUNDARIO / INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Apellido: Nombre: Inicial del 2º nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Relación del titular de la póliza con el paciente: Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: # Seguro Social:

Teléfono de la casa: ()

Empleador del asegurado(a): Plan de seguros del empleador: Sí No

**SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM
MEDICINA INTERNA NEWTOWN
REGISTRO DEL PACIENTE
(NEWTOWN INTERNAL MEDICINE PATIENT REGISTRATION)**

PLACE PATIENT ID LABEL HERE