

**Bienvenido a ProHEALTH Care Associates, LLP.
FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Con el fin de poder atenderlo mejor, necesitamos la siguiente información. Por favor escriba en mayúsculas.

Gracias por elegir ProHEALTH Care Associates.

Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Inicial _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
intermedia: _____

Estado civil: S (Soltero) M (casado) _____ Idioma preferido: _____ Estudiante: Tiempo parcial
S (Soltero) M (casado) D (divorciado) W (viudo) SEP (separado) Tiempo completo

Raza: Indígena estadounidense o nativo de Alaska Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Rechaza responder
 Asiático Blanco No Hispana o latina
 Negro o afroamericano Dos o más razas Rechaza responder

Calle: _____ Apt. n°: _____ Ciudad/localidad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____ N° de teléfono de casa: _____

N° de teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónica: _____ N° del trabajo: _____

Nombre del empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad/localidad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
intermedia: _____

N° de teléfono móvil: _____ N° del trabajo: _____

Empleador: _____ Calle: _____ Ciudad/localidad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE

Complete la sección de abajo con la información de sus padres, si es estudiante a tiempo completo cubierto por el seguro de salud de sus padres.

Apellido del asegurado: _____ Nombre del asegurado: _____ Inicial _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
intermedia: _____

N° de teléfono móvil: _____ N° del trabajo: _____

Empleador: _____ Calle: _____ Ciudad/localidad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

CONTACTO DE MERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

N° de teléfono principal: _____ N° de teléfono secundario: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del médico de atención primaria: _____
Calle: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ N° de teléfono: _____

MEDICO QUE DERIVA

Médico que deriva (si no es el médico de atención primaria): _____
Calle: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ N° de teléfono: _____

Por favor, entregue el nombre/s y números de teléfono de los otros doctores que lo están tratando en este momento.

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ Dirección: _____ N° de teléfono: _____ N° de fax: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Relación del paciente con el asegurado: Asegurado Cónyuge Hijo Otros:

SEGURO PRINCIPAL

Nombre de la aseguradora:	Dirección para reclamaciones:	Nº de teléfono:	Nº de grupo:
			Nº de identificación:
Nombre del asegurado (si no es el asegurado, su cónyuge o padre indicado arriba):		Nº de S.S. del asegurado:	Fecha de nacimiento:

SEGURO SECUNDARIO

Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otros:			
Nombre de la aseguradora:	Dirección para reclamaciones:	Nº de teléfono:	Nº de grupo:
			Nº de identificación:
Nombre del asegurado (si no es el asegurado, su cónyuge o padre indicado arriba):		Nº de S.S. del asegurado:	Fecha de nacimiento:

INFORMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL

¿El motivo de esta visita se debe a un accidente de trabajo? Sí No Si contestó que sí, debe completar esta sección.

Fecha de la lesión/presentación de la enfermedad: Nombre y dirección de la compañía aseguradora de sus empleadores:

Nº de caso WCB: Nº de caso de aseguradora:

¿Está trabajando actualmente? Sí No Último día trabajado:

Describa brevemente cómo y dónde ocurrió la lesión del paciente:

SIN INFORMACIÓN DE CULPABLES

¿El motivo de esta visita se debe a un accidente de vehículo motorizado? Sí No Si contestó que sí, debe completar esta sección.

Fecha del accidente: Nombre de la aseguradora: Dirección:

Nombre del titular de la póliza: Póliza nº: Reclamación nº:

Relación con el asegurado: Asegurado Cónyuge Otros: Tasador de siniestros: Nº de teléfono:

¿Está trabajando actualmente? Sí No Último día trabajado:

Describa brevemente cómo y dónde ocurrió la lesión del paciente:

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Nombre del estudio jurídico: Dirección: Nombre del abogado que tramita el caso: Nº de teléfono:

Nº de fax:

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____/_____/_____