WAKE COUNTY NORTH CAROLINA Human Services

Spanish Patient Registration GE Centricity

Información de paciente ID# / MR# de paciente _____ Sitio de inscripción:_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Nombre: _____ Segundo nombre_____ Apellidos_____

Dirección: _____email: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Tel: _____ ¿Podemos llamar? [ ] si [ ] no ¿Podemos dejar mensaje? [ ] si [ ] no

Método de contacto preferido: [ ] teléfono [ ] email [ ] carta

Sexo: [ ] M [ ] F **# de Seguro Social:** _____

Idioma principal: [ ]Inglés [ ]Español [ ]Árabe [ ]Mandarín [ ]Señas [ ]Vietnamita [ ] Coreano

[ ] Otro – por favor anote: _____ ¿Requiere traducción?: [ ] si [ ] no

Raza: [ ] Blanco/Caucásico [ ] Negro/Afroamericanos [ ] Asiático [ ] Más de una raza

[ ] Indios americanos/Nativos de Alaska [ ] Nativo de Hawai [ ] Otros isleños del Pacífico [ ] Otro/desconocido

Etnicidad: [ ] Hispano [ ] No Hispano [ ] Desconocido

Estatuto de migrante: [ ] No agrícola [ ] Migrante [ ] Estacional [ ] Empleado todo el año

Estado civil: [ ] Casado [ ] Pareja doméstica [ ] Soltero [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Viudo

Contacto de emergencia: Nombre_____# de tel_____

Relación con paciente: _____ ¿Sabe esta persona que Ud. es paciente? [ ] si [ ] no

Información de tarifa variable: Tamaño de la familia _____ Ingresos mensuales _____

Fuente de verificación: _____ Clase de tarifa variable: ____% Pago Se negó a proporcionar [ ]

Información del garante:

Nombre: _____Segundo Nombre_____Apellidos _____

Dirección: _____

Tel: _____ Fecha de nacimiento: ___/____/____Relación de paciente con el garante_____

Seguro Primario:

El asegurado: _____ [ ] El mismo que el paciente [ ] El mismo que el garante [ ] Otro

Tel del asegurado: _____ Fecha de nacimiento___/____/_____

Compañía de seguro: _____ # de ID de seguro: _____

de Póliza/Grupo_____

Seguro Secundario:

El asegurado: _____ [ ] El mismo que el paciente [ ] El mismo que el garante [ ] Otro

Tel del asegurado: _____ Fecha de nacimiento___/____/_____

Compañía de seguro: _____ # de ID de seguro: _____

de Póliza/Grupo_____

Nombre de farmacia: _____Teléfono_____

Dirección de farmacia: _____

Bajo penas prescritas por la ley, por medio de la presente afirmo que a mi leal saber y entender la información es verdadera y correcta.

Firma_____Fecha_____/_____/_____

Firma de testigo_____Fecha_____/_____/_____

Acuse de Recibo del Aviso de Normas de Privacidad

Yo, _____por medio de la presente, confirmo haber recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad.

Firma_____Fecha_____/_____/_____