

Vivienda: Propia ó Rentada Pública
 Vive en la calle Otro: _____

Si es indigente: Vive en Albergue Comparte vivienda Transitorio
 Vive en la calle Otro No Sabe

Trabajador temporal: Si No

Trabajador Migrante: Si No

Recordatorios Preferidos: Llamar al Trabajo Llamar a la Casa Llamar al Celular Mensaje de Texto
 Portal del pacient Opta por no recibir todas las comunicaciones

Clase de Recordatorios: Citas Medicación Notificaciones Generales Citas
 Resultados de Laboratorio

Hora preferida para el recordatorio: En la Mañana En la Tarde En la Noche

Dejar Mensajes Médico: Casa Celular Breve Detallado

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____

¿Nos da su autorización para compartir información con el contacto de emergencia? Si No

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Si es menor de 18 años, por favor informe el nombre de los padres o del tutor: _____

Si tiene seguro médico, por favor presente su tarjeta en la recepción para fines de cobro y laboratorio.

Seguro Médico Primario: _____ Titular de la Póliza: _____

Número de la Poliza #: _____ Grupo #: _____ Tiene actualmente descuento? Si No

Relación con el paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Número de Seguro Social: _____

Seguro Secundario: _____ Titular de la Poliza: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Poliza: _____ Grupo #: _____

Empleador: _____ Número de Seguro Social: _____

Ubicación de nuestras Oficinas: Conway Johnsonville Singleton Ridge Marion Brittons Neck

Cómo supo a cerca de nosotros? Cartelera Internet/Redes Sociales Evento Comunitario
 Televisión/Radio Familia/Amigo: _____ Other: _____

Tamaño de la Familia (número de personas que viven en su hogar): _____

Cantidad de Ingreso Recibido: Semanal: _____ Mensual: _____ Anual: _____

TENGA EN CUENTA: Todo pago se requiere al momento de recibir cualquier atención médica; copagos, deducibles y coseguros según lo determine su compañía de seguro médico o de acuerdo a la tarifa de su programa de descuento (sliding fee). Si es necesario, haga los acuerdos de pago antes de su visita.
Yo entiendo mi información médica es confidencial, pero autorizo sea divulgada a mi compañía de seguros, o según lo exija la ley.

Firma: _____ Fecha: _____