

Registro de Pacientes

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____
(apellido) (nombre)

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero Social ____-____-____ Estado Civil _____ Sexo: Masculino / Femenino

N° de Telefono (____) ____-____ N° de Celular (____) ____-____

Empleador _____ Medico de Cabecera _____ O No tengo Medico

Origen Etnico / Raza: Hispano o Latino

No Hispano / No Latino

Indio Americano/ Nativo de Alaska

Asiatico

Negro/Africano Americano

Caucasio

Nativo de Hawaii

Otros Islenos Pacificos

Otro _____

Idioma Preferido: _____

Nombre de Farmacia: _____ Localizacion: _____ Telefono _____

Nombre de Conyuge _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero Social ____-____-____

En caso de emergencia, quien debe ser notificado?

_____ N° de Telefono: (____) ____-____

Podemos nosotros revelar o discutir informacion medica personal con esta persona? Si o No

Yo, el abajo firmante, tiene cobertura médica con _____ y autorizo el
(Nombre de compania de seguro)

pago de beneficios medicos directamente a **Hillsboro Gastroenterology, PC y Jeremy M. Lake, M.D., LLC y Barry A. Ross, M.D.** por los servicios medicos rendidos. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por la aseguranza.** Yo autorizo al doctor a divulgar toda la informacion necesaria para garantizar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de la presente firma en todas las sumisiones del seguro médico.

X _____ Fecha ____/____/____