

REGISTRO DE PACIENTE

FECHA: _____

Apellido del paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apodo	Nombre de soltero(a) / anterior
Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
Fecha de nacimiento		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Estado civil: Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		# del Seguro Social	
Teléfono de casa			Teléfono móvil			Dirección de correo electrónico	
Nombre del empleado			Ocupación			Teléfono de negocio	
Dirección del empleado			Ciudad		Estado		Código Postal
Apellido del Esposo(a)			Primer Nombre			Teléfono	
Nombre de contacto de emergencia (que no sea su esposo(a))				Teléfono		Relación	
¿Quién es su médico de atención primaria (PCP)?				¿Fue referido por un médico que no sea su médico de atención primaria ?			
¿Qué farmacia usa? (Nombre, número de teléfono y ubicación)							

Asegurancia Primaria		Número de Póliza		Número de Grupo			
Nombre del Asegurado(r)		# del Seguro Social del Asegurado		Fecha de nacimiento del Asegurado		Empleador del Asegurado	
Dirección de la Asegurancia							
Segunda Asegurancia		Número de Póliza		Número de Grupo			
Nombre del Asegurado(r)		# del Seguro Social del Asegurado		Fecha de nacimiento del Asegurado		Empleador del Asegurado	
Dirección de la Asegurancia							
Tercer Asegurancia		Número de Póliza		Número de Grupo			
Nombre del Asegurado(r)		# del Seguro Social del Asegurado		Fecha de nacimiento del Asegurado		Empleador del Asegurado	
Dirección de la Asegurancia							
<p>RESPONSABILIDAD Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo el pago de beneficios médicos por servicios prestados a USO. Entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios médicos no cubiertos por una autorización o acuerdo entre mi médico y el empleador de la compañía de seguros. Autorizo la liberación de todo o parte del historial médico del paciente para este período de atención a cualquier persona o corporación responsable de cualquier parte de los cargos del Médico. La ley estatal de Oklahoma (63 OS 1-502.2 y 1-202.3) requiere que se aconseje: "La información autorizada para la liberación puede incluir información que puede considerarse una enfermedad transmisible o venérea, incluyendo pero no limitado a Hepatitis, Sífilis, Gonorrea, Inmunodeficiencia Humana Virus (VIH) y Síndrome Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) ". UNA FOTOCOPIA DE LA AUTORIZACIÓN Y DE LA ASIGNACIÓN SERÁ CONSIDERADA COMO VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.</p>							
FIRMA DEL PACIENTE O AUTORIZADA				Relación		Fecha	

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

ACCOUNT NUMBER	TREATING PHYSICIAN	By:
----------------	--------------------	-----