

UMC-Physician Network Services

Registro de Paciente

Médico: _____ Fecha: _____

Sección A: Información de Paciente

Legal nombre de Paciente: Primero _____ MI _____ Apellido _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Número de teléfono _____ teléfono Móvil _____ Misc teléfono # _____ Tipo? _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Sexo M ___ F ___ Estado Civil _____

Origen étnico: (circule uno) hispano/No-Hispano/otros Idioma primario preferido _____ (Si deja en blanco = declinar)

Blanco de raza (seleccionar hasta dos): negro/africo Americano Asia American Indian/Alaska Nativo nativo Hawaian/otro isleños del Pacífico
otros (Si deja en blanco = declinar)

Dirección de correo electrónico, _____ Método de contacto preferido: casa (círculo uno) del teléfono celular correo electrónico

Empresario de paciente _____ Número de teléfono _____

Dirección de Empresario _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Contacto de emergencia

En caso de emergencia, contacto por favor _____

Relación al paciente _____ Número de teléfono _____

¿Cómo se enteró acerca de PNS: Yellow Book/AT&T _____ Yellow Book/Feist _____ Otro _____

Sección B: Información de Garante (Grupo de responsable)

Legal nombre de Garante: Primero _____ MI _____ Apellido _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Número de teléfono _____ Móvil de teléfono _____ Número de Seguro Social _____

Empresario de Garante _____ Número de licencia _____

Dirección de Empresario _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Sección C: Información de seguro

Please provide a current copy of your insurance card

Nombre de Seguro _____ Relación paciente al suscriptor: Auto cónyuge niño otro

Nombre de suscriptor _____

Número de Social Seguridad de Suscriptor _____ Fecha de nacimiento de Suscriptor _____

Empresario de Suscriptor _____ Número de teléfono _____

Enumera alguno otro seguro de médico por favor _____

Completar Todos Espacios Por Favor