



Heart & Vascular Associates
of Northern Jersey, P.A.



MDPartners
ENGLEWOOD HOSPITAL
AND MEDICAL CENTER

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE / FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha: / /		Fecha de nacimiento: / /		Número de seguridad social:	
Apellido:		Nombre:		Hembra <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Dirección:		¿Es usted parte del programa sin sangre? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
Ciudad:		Estado:	Código postal:	¿Necesita un traductor? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Teléfono de casa:		Estado civil: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo			
Teléfono móvil:		¿Tiene una directiva anticipada o testamento vital? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
¿Podemos dejar un mensaje de voz en su teléfono de casa?		sí no	Breve o extendido	¿Podemos dejar un mensaje de voz en su teléfono móvil?	
				sí no Breve o extendido	
Raza:		<input type="checkbox"/> Indian EE.UU. o Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Americano negro o africano <input type="checkbox"/> Otra Raza		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano or latinoamericano <input type="checkbox"/> no Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Se negó a Report	
Lenguaje Primario:		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Griego <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro		Dirección de correo electrónico:	
Farmacia:		Teléfono de farmacia:			
Dirección de farmacia:		Solicitud de chaperona: Para su comodidad, si desea un acompañante durante su visita al médico, informe al asistente médico al entrar en la sala de examen.			
INFORMACION DE EMPLEO					
Empleador:		Ocupación:			
Dirección del empleador:					
Teléfono del trabajo:		¿Podemos dejar un mensaje de voz a su número de la empresa?		sí no Breve o extendido	
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
Nombre de suscriptor:		Número de seguridad social del suscriptor:			
Suscriptor Fecha de Nacimiento:		Relación con el suscriptor:			
Empleador del suscriptor:		Teléfono #:			
Suscriptor Dirección del empleador:					
SEGURO DE PRIMARIA					
Nombre:		Póliza #:		Grupo #:	
SEGURO DE SECUNDARIA					
Nombre:		Póliza #:		Grupo #:	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Contacto de emergencia:		Teléfono #:		Relación:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO CON REFERENCIA					
El médico de referencia:		Especialidad:			
Dirección:		Teléfono #:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:		
Razón de la visita:					
RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN					
Certifico que toda la información que he proporcionado arriba es correcta y verdadera. Yo autorizo el pago de beneficios médicos para los servicios ofertados a mí por este grupo médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier monto no cubierto por mi seguro. Autorizo la divulgación de la información con respecto a mi atención médica a mi compañía de seguros con el propósito de revisar y procesar las reclamaciones médicas de pago.					
Firma:		Relación con el paciente:		Fecha:	