

## REGISTRO DE PACIENTE

Paciente Nuevo  Paciente Establecido

### Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: Sexo:  Masculino  Femenino

Núm. de Seg. Social: Núm. de Seg. Social:

Dirección local: Núm. de apartamento:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono / Celular #:

Teléfono / Casa # :

Correo Electrónico:

### Razón de la Visita:

• ¿Se trata de una lesión relacionada con el trabajo? (círculo uno): **Sí** **No**

• En caso afirmativo, ¿ha notificado o planea notificar a su empleador? (círculo uno): **Sí** **No**

### ¿Cómo se enteró de nosotros? (seleccionar uno):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención al Cliente | <input type="checkbox"/> el correo electrónico    | <input type="checkbox"/> a visos del centro |
| <input type="checkbox"/> familia/amigo/boca a boca       | <input type="checkbox"/> directorio telefónico    | <input type="checkbox"/> Locación           |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet _____      | <input type="checkbox"/> Publicidad impresa _____ | <input type="checkbox"/> Radio _____        |
| <input type="checkbox"/> Escuela/guardería: _____        | <input type="checkbox"/> Empleador: _____         |   |
| <input type="checkbox"/> Evento comunitario: _____       | <input type="checkbox"/> Hotel: _____             |   |
| <input type="checkbox"/> Referencia del médico: _____    | <input type="checkbox"/> Farmacia: _____          |   |
| <input type="checkbox"/> Complejo de apartamentos: _____ | <input type="checkbox"/> Seguro: _____            |   |

### Detalles de Seguro Médico

Compañía de seguros primaria: Copago/coaseguro/deducible cantidad:

Núm. ID/póliza #: Núm. De grupo:

Nombre del suscriptor (si corresponde): Núm. de Seg. Social: Fecha de nacimiento:

Dirección del suscriptor:

¿Seguro secundario? I Núm. ID/póliza #: Núm. De grupo:

### Padre , Tutor Legal de Menor o Adulto Incapacitado

Nombre completo: Fecha de nacimiento:

Relación: Numero de contacto:

### Firma

Nombre del paciente: Fecha:

Gracias por elegir el cuidado urgente de NextCare.

¡ Su satisfacción es importante para nosotros! Por favor, deje su dirección de correo electrónico en el espacio proporcionado y le enviaremos una encuesta sobre su visita hoy.