

**Family Care Specialists (FCS) Medical Grupo
Registración del Paciente**

INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido		Primer nombre		Inicial	Otro Apellido (de soltera)
Dirección			Ciudad		Estado Código Postal
Dirección			Ciudad		Estado Código Postal
Número de Teléfono en la Casa ()		Número de Teléfono en el Trabajo ()			Teléfono Celular ()
Fecha de nacimiento	Edad	Género	Estado Civil		Número de Seguro Social
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P		
Dirección del Correo Electrónico			Ocupación		Número de Licencia
Nombre del Trabajo		Fecha cuando comenzó a trabajar		Idioma Preferido	Raza
Dirección del Trabajo			Ciudad		Estado Código Postal
Recomendado por:					

INFORMACIÓN DE LA ESPOSA/A - GUARDIAN					
Apellido		Primer nombre		Inicial	Relación con el paciente
					Fecha de Nacimiento
					Género
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección			Ciudad		Estado Código Postal
Número de Teléfono en la Casa ()		Número de Teléfono en el Trabajo ()			Teléfono celular ()
Número de Licencia		Número de Seguro Social			Fecha de Nacimiento
Nombre del Trabajo			Fecha del Comienzo del Trabajo		Ocupación
Dirección del Trabajo			Ciudad		Estado Código Postal

INFORMACIÓN DEL SEGURO					
Número de Medicare		Parte B		Fecha	Número de Medi-Cal
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Póliza / Número de Identificación		Número de Grupo / Local		Número de Cobertura / Plan	
Nombre del Seguro Médico – Primario			Asegurado / Subscriptor		Relación con el paciente
Asegurado / Subscriptor:			Fecha de Nacimiento		Género
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Póliza / Numero de Identificación		Grupo / Numero Local		Cobertura / Número de Plan	
Nombre del Seguro Médico – Secundario			Asegurado / Subscriptor		Relación con el paciente
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono ()

FAMILIAR MAS CERCANO / AMIGO QUE NO VIVE CON USTED?			
Apellido	Nombre	Inicial	Relación con el paciente
Teléfono en caso de emergencia:			

Asignación: Yo autorizo pago de beneficios Médicos al Médico o el proveedor de servicios descriptos.

Autorización de por Vida de Medicare

Sí No

Fecha:

Ha estado usted aquí anteriormente:

Sí No

¿Cuándo?

Firma del Paciente

Fecha