

Frontera Healthcare Network

Forma De Registro Paciente

Informacion de Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Correo electronico _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de la casa _____ Telefono Cellular _____ religion _____

Seguro Social _____ Estado Civil _____ Genero: F M

Veterano: Si / No Estudiante: Si / No Empleado: Si / No Retirado: Si / No

Hispano/Latino: Si / No Nacionalidad: _____ Idioma preferida: _____

Doctor Primario _____ **Numero de telefono** _____

Jefe de Hogar

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de la casa _____ Telefono del trabajo _____ Telefono Cellular _____

Farmacia: _____ Numero de telefono _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relacion _____

Numero de Telefono _____

Por la presente autorizo a las siguientes personas para dar su consentimiento al tratamiento o los servicios y a verbalmente dar y recibir información protegida de salud acerca de cualquier tratamiento o servicios prestados en los centros de salud de Frontera Healthcare. Si los cambios se producen a esta autorización será mi responsabilidad notificar a que centros de Frontera Healthcare. Individuos a continuación deben ser mayores de 18 años de edad y tener identificación con foto.

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Certifico la información anterior es verdadera y correcta, si cualquier información es falsificada, será responsable del pago del servicio.

Firma Paciente / Padre / Guarda legal

Fecha

Atestiguar