

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