

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_

¿Un Veterano de los Estados Unidos? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_ Declinar la respuesta \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  Deseo registrarme el portal de pacienteasiático \_\_\_\_ americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_ Afroamericano(a) \_\_\_\_  
Isleño del Pacífico \_\_\_\_ Hawaiano \_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_ Negarse a identificar \_\_\_\_

Norteamericano \_\_\_\_ Centroamericano \_\_\_\_ Suramericano \_\_\_\_ Negarse a identificar \_\_\_\_

Idioma de preferencia: (circule uno) Ingles \_\_\_\_ español \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Persona para contactar en una Emergencia \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajo o Patrón \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Farmacia de preferencia \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Segundo número de teléfono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

**PRIMER SEGURO: (circule uno)**

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Numero de Identificación \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna aseguranza adicional? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Si usted tiene aseguranza adicional, por favor encelle la tarjeta de seguro)

Yo autorizo ceder cualquier información acerca de mi o la salud de mis hijos, consejos y tratamientos con el propósito de evaluar y administrar peticiones beneficiarias de aseguranza de otra manera apagados a mi directamente al doctor. También autorizo al personal de YourTown Health a realizar todos los servicios necesarios para el tratamiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_