

PATIENT REGISTRATION



Apellido		Primero Nombre		Segundo nombre	
Numero de seguro social		Edad	fecha de nacimiento		
direccion de correo			numero de apartamento		
Ciudad	Estados		codigo postal	Condado	
<p>Por favor responda las siguientes preguntas para que poder servirle mejor.</p> <p>En los ultimos 2 anos ha trabajado usted o alguien de su familia en algun tip de agricultura (trabajo agricola) como: sembrar, rocojer, preparar el suelo, empacadora, conducir un camion para caulquier tipo de trabajo agricola, trabajar con animales? Si No</p> <p>En los ultimos 2 anos ha vivido usted o un miembro de su familia fuera de casa para trabajar en algun tipo de agricultura?</p> <p>Usted o un miembro de su familia dejo de migrar para trabajar en la agricultura debido a una discapacidad?</p>					
telefono de casa		telefono de trabajo		telefono movil	
				Contacto de emergencia	
				Nombre:	
				Telefono:	
sexo de nacimiento:		Genero actual:		Orientacion sexual (opcional para pacientes menores de 18)	
masculino femenino		masculino femenino indeferenciado		heterosexual	
				lesbiana, gay,o homosexual	
				bisexual	
				algo mas	
				elige no contestar No se	
Identidad de genro (esta seccion es opcional para pacientes menores de 18)					
masculino femenino transexual hombre/ mujer a hombre					
Transexual mujer/hombre a mujer					
Genero raro ni masculina ni femenino otro elige no contestar					
Raza(puede seleccionar mas de uno)		Pronombre preferido:		Etnicidad	
Indio American o nativo de Alaska		El, su		Hispano o latino	
Asiatico Negro o froamericano		Ella		No hispano o latino	
Nativo de Hawai o otra isla del Pacifico		Ellos		Elige no responder	
Blanco Elige no Contestar		Negarse a contestar		Otro	
				Desconocido	
				Idioma preferido	
				Ingles	
				Espanol	
				Otro	
Estado Civil:		Eres un Veterano de los Estados Unidos		Estado sin hogar:	
Casado		Unidos		sin hogar arimado	
Soltero		Si No		Refugio Calle	
Divorciado/Separado				Transicional Otro	
Viudo					
				Como se entero de AccelHealth	
				Cartelera Periodico	
				Patrocinador de evento Publicacion	
				Amigo/Familiar Radio	
				Seguro Medios de comunicacion social	
				Internet Otro	
Nombre de seguro primario				Podemos dar mensajes detalladas	
Por favor de entregar la tarjeta al personal				Si No	
Nombre de seguro secundario				Podemos enviar correspondencia detallada a su direccion	
Por favor de entregar la tarjeta la personal				Si No	
				Podemos enviarle mensajes de texto importantes	
				Si No	
				Podemos enviarle informacion por correo electronico	
				Si No	
Direccion del correo electronico:					
COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PACIENTE ES MENOR (NO APLICA PARA LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)					
Padre/Guardian #1			Padre/Guardian #2		
Direccion de correo marcar si es igual al de arriba			Direccion de correo marcar si es igual al de arriba		
Ciudad/Estado/Codigo postal			Ciudad/Estado/Codigo postal		
Fecha de Nacimiento	telefono de casa		Fecha de Nacimiento	telefono de casa	
telefono de trabajo	telefono de movil		telefono de trabajo	telefono de movil	
numero de seguro social	Empleador		numero de seguridad social	Empleador	
Relacion a el nino:			Relacion a el nino:		
Madre Padre Abuelo			Madre Padre Abuelo		
Otro			Otro		
DIVULGACION DE INFORMACIÓN / RESPONSABILIDAD FINANCIERA					
<p>Por la presente autorizo a AccelHealth a divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar todos los reclamos de seguros. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a AccelHealth. Acepto que soy responsable de los pagos por servicios prestados, deducibles y coseguros. Soy consciente de que la falta de pago puede dar lugar a la terminación de la relación paciente / clínica. Una fotocopia de esta autorización se considerarán válidos como el original. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.</p> <p>Al firmar este forma, estoy diciendo que entiendo lo que está escrito arriba y solicito voluntariamente y doy mi consentimiento para el tratamiento.</p>					
Paciente o firma autorizada				Fecha	