

STATMED QUICK QUALITY URGENT CARE FORMULARIO DE REGISTRO

(Escribe claramente)

Fecha:					
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido del paciente: (Nombre legal)		Primer nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta	Estado civil (indique) Soltero / Casado / Divorciado/ Viudo
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional):	
Dirección:				Número de teléfono: ()	
P.O. box:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de teléfono de empleador: ()	
Trabajo:	Empleador:			Número de celular: ()	
Farmacia Preferida:			Número de teléfono:		
Dirección o intersección:					

Correo electrónico:

INFORMACIÓN DE SEGURO/ COBRE				
(Dejala tu indentificación con foto y tarjeta de Seguro con la recepcionista)				
Persona responsable por la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección:		Número de teléfono: ()
Trabajo:	Empleador:	Dirección de empleador:		Número de teléfono de empleador: ()
El paciente es cobierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del suscriptor:	Número de Seguro social de suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Número del grupo:	Número de la poliza:
Relación con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Sí mismo/a	<input type="checkbox"/> Esposa/ Marido	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otra

EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia:	Relación:	Número de teléfono: ()	Número de celular: ()
-------------------------	-----------	----------------------------	---------------------------

Atestación: La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi Seguro se paguen directamente al medico. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo de la factura. Autorizo StatMed Urgent Care y compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar los reclamos.

Firma de Paciente/ guardian

Fecha

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

*****INDICA SOLAMENTE LO QUE APLICA*****

	SI
VACUNAS:	
Influenza año	
Covid año	
Tétanos año	
CIRUGIAS:	
Apendectomía	
Cesárea	
Hysterectomía	
Bypass coronario	
Colocación de stent/ cuanto?	
Reemplazo de valvula cardíaca	
Ortopédica	
Extirpación de la vesícula biliar	
Amigdalectomía	
OTRA CIRUGIA (indique):	
CANCER:	
Mama	
Colón	
Pulmón	
Ovario	
Próstata	
Piel (el tipo)	
CORAZÓN:	
Angina de pecho	
Colesterol alto	
Insuficiencia cardíaca congestiva	
Arteriopatía coronaria	
Infarto de miocardio	
Alta presión/ Hipertensión	
OJOS:	
Cataratas	
Glaucoma	
Genitourinario:	
Calculos renales	
Insuficiencia renal	
Infecciones de transmission sexual	
Gastrointestinal:	
Hepatitis	
Pancreatitis	
Reflujo	
Ulceras pepticas	
Crohn's/ Colitis ulcerativo	
Síndrome del intestine irritable	
Diverticulitis	
ENDOCRINO:	
Diabetes (juvenil, inicio adulto)	
Tiroides (hiper, hipo)	

	SI
Estás embarazada actualmente?	
Fecha de última menstruación	
Eres post menopáusica?	
DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTADOS:	
Desfibrilador cardíaca/ marcapasos	
Catéter intravenoso/ Mediport	
Estimulador espinal o de nervio	
Reemplazo de la articulación	
HUESOS/ MÚSCULOS:	
Artritis	
Fibromialgia	
Osteoporosis/ Osteopenia	
NEUROLÓGICO:	
Migraña	
Convulsiones	
Ataque de cerebro	
Ataque isquémico transitorio del cerebro	
PSIQUIÁTRICO/ SOCIAL:	
Ansiedad	
Depresión Bipolar	
Depresión	
RESPIRATORIO:	
Asma	
Bronquitis	
Enfermedad pulmonar obstructivo crónica	
Neumonía	
Tuberculosis	
OTRA:	
Anemia falciforme	
Anemia (otros typos)	
VIH	
SIDA	
USO DE ALCOHOL:	
(Nunca /Diariamente/Social/Alcohólico)	
USO DE TOBACCO:	
Nunca/ Pasado/Actual- Cuanto por dia?	
HISTORIAL MÉDICO FAMILIA: (Incluye relación)	
Cancer y typo	
Colesterol alto	
Diabetes	
Cardiopatía	
Alta presión	
Enfermedad pulmonar	
Ataque del cerebro	
La muerte súbita	