

Southeast Alabama Rural Health Associates

FORMA DE REGISTRACION PARA NUEVOS PACIENTES

INFORMACION DE PACIENTE

Dia _____ Numero De Cuenta _____ Expediente _____ Seguro _____

Nombre Del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial Mes-Dia-Ano

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono De Casa _____ Sexo _____ Raza _____ Numero De Seguro Social _____

Nombre Del Empleo _____ Telefono De Trabajo _____

Persona En Caso De Emergencia _____ Telefono De Emergencia _____

Quien Te Informo Acerca Del Centro _____

POLIZA DE FORMA DE PAGO

Nombre _____ Parentesco Con El Paciente _____

Direccion _____ Telefono De Casa _____

Empleador _____ Numero De Telefono Del Empleador _____

Direccion Del Empleador _____

Nombre De La Madre _____ Numero De Seguro Social _____

Empleador _____ Numero De Telefono Del Empleador _____

Direccion Del Empleo _____

Nombre Del Padre _____ Numero De Seguro Social _____

Empleador _____ Numero De Telefono Del Empleador _____

Direccion Del Empleador _____

INFORMACION ACERCA DEL PLAN DE SALUD

Nombre Del Asegurado O Numero De Poliza _____ Fecha De Nacimiento _____

Parentesco Con El Paciente _____

Tipo De Plan De Salud:

Blue Cross/Blue Shield PMD Medicaid Medicare Champus Other

Poliza Nombre _____ Numero De Grupo _____

Lenguaje Preferido _____ Trabajador De Agicultura _____