

Seaside Health Center Patient Registration Form

Lengua Natal _____
Fecha de Registraci3n ____/____/____ MR# _____
Fecha de Nacimiento(FDN) ____/____/____ Genero _____ Edad _____
Apellido _____ Nombre _____
Domicillo _____ Apt. ____ Ciudad ____ Estado ____ Codigo Postal _____
Telefono () _____ Telefono de Trabajo () _____ Seguro Social ____ - ____ - ____
Etnicidad _____ Pais Natal _____ Añõ de ingreso a los Estados Unidos _____
Casada/o Soltera/o Viuda/o Divorciada/o Separada/o

Si el paciente es menor de edad, por favor llenar lo siguiente:

Nombre de la Madre _____ Seguro Social _____ FDN ____/____/____
Nombre del Padre _____ Seguro Social _____ FDN ____/____/____

Responsable de los Pagos _____ Relaci3n de Paciente con el Responsable _____
FDN ____/____/____ Seguro Social _____ Programa Especial _____
Empleador _____ Direcci3n _____
Asegurancia Primaria _____ # de P3liza _____
Asegurancia Secundaria _____ # de P3liza _____

Ingreso Mensual _____ Numero de Miembros en la Familia _____
1. ¿Trabaja el paciente todo el año? Si _____ No _____
2. ¿Como se sostiene la familia cuando no hay trabajo? _____
3. Forma de Pago: Asegurancia ____ Medi-Cal ____ CPSP ____ Medicare ____ CHDP ____
Effe ____ MIA ____ CHAMPUS ____ Cuenta ____ Ninguno ____ Otro ____
4. ¿Califica para un descuento? Alto ____ Mediano ____ Bajo ____ Ninguno ____

En caso de emergencia comunicarse con: Nombre _____
Telefono () _____ Relaci3n con el Paciente _____

Yo certifico que la informaci3n dada es correcta y entiendo que todos los cargos por servicios realizados son la responsabilidad del paciente o del responsable de los pagos. Cargos no cubiertos por la asegurancia deberan ser pagados por el paciente o la persona responsable de los pagos.

Padre / Responsable _____ Fecha _____
Testigo _____ Fecha _____