



HealthWorks

www.healthworksc.com

REGISTRATION FORM

¿Quiere mantener esto confidencial? Si No

Si sí, por favor nos da un número en donde podemos comunicarnos con usted o dejar algún recado. Gracias.

Fecha:		Proveedor Primario de Cuidado:				
INFORMACION DE PACIENTE						
Apellido:		Primer:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado matrimonial: Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>	
¿Esto es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si no, qué es su nombre legal?	Nombre anterior:		Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio:		Numero de Seguro Social:		Numero de telefono: ()		
P.O. box:	Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:		
Occupacion:	Trabajador:		Numero de Trabajo: ()			
¿Cómo escucho de nosotros? (marque por favor una caja):		<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Seguro Medico	<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Cerca de su casa	<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Otra		
¿Dónde podemos contactarnos con usted?		¿Podemos dejarle algún recado?	¿Podemos mandarle correo?			
¿Ha sido visto usted en HealthWorks antes?		¿Si sí, en qué ubicación?				

INFORMACION DE ASEGURANSA

HealthWorks de la Costa Central no acepta el aseguransa privada. Es nuestra política de reunir todo colectar antes de la cita. Si usted quiere cobrar a su aseguransa por favor pregunte a la recepcionista para un recibo. Gracias.

EN CASO DE UNA EMERGENCIA

El nombre de amigo o pariente locales:		La relación al paciente:	Numero de telefono.: ()	Otro número de teléfono: ()
La información dada arriba es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. Tambien autotizo a HealthWorks del Costa Central que libere cualquier información requerido para procesar mis cobros.				
Firma de paciente <hr/> <i>Staff</i>			Fecha <hr/> <i>Date</i>	