



## REGISTRO DE PACIENTE

### POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE:

Este es un registro confidencial de su historial médico y se conservará en esta oficina. La información obtenida aquí no será entregada a ninguna persona excepto cuando usted lo autorice.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Paciente Nuevo: \_\_\_ Establecido: \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_ # de licencia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  NO QUIERO PROPORCIONARLO

Le doy permiso a Diabetes Care Center para enviarme información sobre talleres, programas y material promocional con respecto a la salud y diabetes, por medio de correo electrónico. Nunca venderemos o compartiremos su correo electrónico. Usted puede cancelar su inscripción a este sistema en cualquier momento.

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ # de cuenta: \_\_\_\_\_

# Tel. de casa: \_\_\_\_\_ # de Tel. Celular: \_\_\_\_\_

# Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ # de Fax: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Ocupación: \_\_\_\_\_

Doctor Principal: \_\_\_\_\_ Doctor de referencia: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

Forma de preferencia para recordatorios de citas:  Teléfono-Casa  Teléfono-Celular  Email

Raza: *(Circule)*

- Niego especificar
- Blanco
- Indígena Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Africano Americano
- Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
- Otro:

Etnicidad: *(Circule)*

- Niego especificar
- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Contacto de urgencia: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_

Autorizo que el pago de beneficios médicos se haga directamente al médico proveedor de los servicios recibidos. Soy responsable financieramente de todos los co-pagos y servicios no cubiertos. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleadores, hospitales, médicos o farmacéuticos a revelar cualquier información con respecto a estos reclamos y gastos reportados, ya sea por email, fax o de forma electrónica.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma (Asegurado/a o persona autorizada ): \_\_\_\_\_