

Formulario de Registración para Pacientes Nuevos

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Arreglos de Vivienda: Ninguno Asistencia de Vida Asilo de Ancianos

Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

E-mail: _____

Raza: Nativo Americano Asiático Afroamericano

Nativo Hawaiano/Isleño del Pacifico Blanco

Etnicidad: Centro Americano/Sudamericano Cubano Mexicano Puertorriqueño

Otro Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Idioma Preferido: _____ Estado Civil: _____

Empleo: Empleado Incapacidad medica Trabajador Independiente Retirado Desempleado

Empleador: _____ Dirección: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Celular: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Doctor que lo refirió: _____ Teléfono: _____

Yo, _____ Fecha de Nacimiento _____

He recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Riverside Medical Group. He sido informado de que si tengo alguna pregunta relacionada con la política de Riverside Medical Group o no entiendo toda la información en el Aviso de Practicas de Privacidad puedo dirigir esas preguntas al Oficial de Privacidad

Firma del Paciente

Fecha

Formulario de Registración para Pacientes Nuevos

Seguro Primario

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección del Asegurado: _____

Empleado Incapacidad medica Trabajador Independiente Retirado Desempleado

Empleador: _____ Dirección: _____

Compañía de Seguro: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección del Seguro: _____

Teléfono del Seguro: _____

Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección del Asegurado: _____

Empleado Incapacidad medica Trabajador Independiente Retirado Desempleado

Empleador: _____ Dirección: _____

Compañía de Seguro: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección del Seguro: _____

Teléfono del Seguro: _____