

Información del paciente		
Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____	Sexo: M F (encierre en un círculo)	Estado civil:
Dirección de correo		Domicilio (si es diferente a la anterior)
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal
Teléfono de casa	Teléfono de día	Teléfono celular
<p>¿Método preferido para recibir recordatorios de citas?</p> <p>Llamada telefónica: <input type="checkbox"/> Teléfono de residencia <input type="checkbox"/> Teléfono celular</p> <p><input type="checkbox"/> Mensaje de texto o <input type="checkbox"/> Llamada telefónica y mensaje de texto</p> <p>Es posible que apliquen tarifas de mensajes de texto. Hable con un representante de Crystal Run Healthcare en cualquier momento para cambiar estas opciones.</p> <p>Correo electrónico</p>		
<p>Raza (<i>pregunta obligatoria del gobierno</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico</p> <p><input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Se niega a responder</p>		
<p>Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro, especifique:</p>		
Religión	Origen étnico (<i>pregunta obligatoria del gobierno</i>) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se niega a responder	
Médico de atención primaria	Dirección/Teléfono del médico de atención primaria	
Nombre del empleador	Ocupación	
Ciudad, Estado, Código postal del empleador	Teléfono del empleador	
Seguro principal		Seguro secundario (si aplica)
Nombre del pagador		Nombre del pagador
Número de la póliza		Número de la póliza
¿Titular de la póliza jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Titular de la póliza jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de jubilación ____ / ____ / ____		Fecha de jubilación ____ / ____ / ____
¿El paciente es el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo es , complete la sección a continuación:		¿El paciente es el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo es , complete la sección a continuación:
Nombre del titular de la póliza		Nombre del titular de la póliza
Fecha de nacimiento del titular de la póliza		FECHA DE NACIMIENTO del titular de la póliza

Dirección del titular de la póliza	Dirección del titular de la póliza
Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro

Parte responsable (ÚNICAMENTE si el paciente es menor a los 18 años de edad o es Dependiente legal)			
Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección de correo	Ciudad, estado, código postal		
Teléfono de casa	Teléfono en el día/trabajo		
Nombre de soltera de la madre			

Aceptación/Autorización

Por este medio reconozco que he recibido el Aviso de las Prácticas de privacidad de CRHC (Crystal Run Healthcare)

Doy mi consentimiento para los exámenes y tratamiento por parte de los médicos y personal de CRHC

Solicito que el pago de los beneficios del seguro Médico, Compensación a los trabajadores, Sin determinación de culpabilidad o del Gobierno se hagan en mi nombre a CRHC por los servicios que me haya prestado el proveedor.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar los reclamos

Comprendo y estoy de acuerdo en que, sin importar el estado de mi seguro, soy el responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio prestado.

He leído toda la información en este formulario y he completado las anteriores respuestas

Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Notificaré sobre cualquier cambio en la anterior información.

X _____
Firma del paciente/tutor legal

Fecha

¿Cómo se enteró de nuestro servicio?

Internet Radio Periódico Referencia