



Rush Copley Medical Center

# FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Seguro social: \_\_\_\_\_

Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir información importante de RCMC por correo electrónico: ( ) Si ( ) No

Número que prefiere: ( ) Casa ( ) Cel ( ) Trabajo

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

## PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE POR ESTA CUENTA

( ) Igual al paciente

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Género: ( ) Hombre ( ) Mujer

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted cobertura de seguro secundario? ( ) Si ( ) No

(Si la respuesta es sí, complete la siguiente información)

Nombre de compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

(DO NOT SCAN)