



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: _____

Contacto de urgencia: _____ Número de Tel: _____

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 Celular o Trabajo Texto Email

Raza: *(Circule)*

Declino especificar

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Africano Americano

Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

Blanco

Hispano o Latino

Otro:

Etnicidad: *(Circule)*

Declino especificar

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Africano Americano

Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

Blanco

Hispano o Latino

Otro:

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): _____