

Alabama Regional Medical Services, Inc.
Forma de admission/actualizacion

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Direccion			Ciudad		Codigo Postal
Numero de Telefono	Numero de Celular	Raza (Circule Uno)			
SSN#	Fecha de Nacimiento	Asiatico		Africano Americano	
		Nativo Americano		Indio Americano/Nativo Alaska	
Sexo: F____M____	Email:	Nativo de Hawaii		Otro Asiatico	
		Blanco		Mas de Una Raza	
Circule Uno: Soltero- Casado- Divorciado- Viudo		Origen Etnico(Circule Uno)		No Hispano	Hispano
Eres Veterano de US <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vive en una Casa Publica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien le Refirio a Alabama Regional Medical Services?			
Eres una Persona Desamparado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Un Doctor <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Feria de Salud Metodo de Preferencia del Contacto? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefono			
<input type="checkbox"/> Refujio	<input type="checkbox"/> Casa Publica	<input type="checkbox"/> Calle			

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Direccion	Telefono	Relacion con el Paciente
--------	-----------	----------	--------------------------

INFORMACION DEL EMPLEADOR

Lugar de Empleo	Direccion	Numero De Trabajo
-----------------	-----------	-------------------

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro Medico Primario		Seguro Secundario (Si Procede)	
Nombre de Aseguranza		Nombre de Aseguranza	
Nombre de Asegurado		Nombre de Asegurado	
Fecha de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	
Numero Poliza #		Numero Poliza #	
Numero de Grupo#		Numero de Grupo#	
Relacion con Paciente		Relacion con Paciente	

INFORMACION DEL RESPONSABLE

Nombre	Direccion	Telefono	Relacion con el Paciente
--------	-----------	----------	--------------------------

INFORMACION DE INGRESO (Porfavor de Completar para recibir descuento de bajo ingreso)

Recursos	Cantidad	Recursos	Cantidad	Miembro(s) del Hogar	
Empleo	\$	Pension de Retiro	\$	Nombre	
Asistencia Publica	\$	Renta	\$	Nombre	
Pension Alimenticia	\$	Estampillas de Comida	\$	Nombre	
Seguro Social	\$	Otros(Especifiquel)	\$	Nombre	
Total de Ingreso?			Cantidad de Personas que Viven en Casa?		

Declaro que la informacion arriba es Verdadera y Correcta. Tambien estoy de acuerdo en que los pagos de seguros cedidos a Alabama Regional Medical Services.

Firma de Paciente/Guardian:	Fecha:
-----------------------------	--------

Site:	Intake Completed by:	Patient #:
-------	----------------------	------------