

Servicios Médicos Regionales de Alabama, Inc.

Forma de admisión/actualización

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Dirección			Ciudad		Estado
Número de Teléfono		Número de Celular		Raza (Círcule Uno)	
Número Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Asiático	Africano Americano
				Nativo Americano	Indio Americano/Nativo Alaska
Correo Electrónico:		Nativo de Hawaii		Otro Asiático	
		Blanco		Más de Una Raza	
Círcule Uno: Soltero- Casado- Divorciado- Viudo			Origen Étnico(Círcule Uno)		No Hispano
				Hispano	
Eres Veterano de los EU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reside en Vivienda Pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Quién le Refirió a los Servicios Médicos Regionales de Alabama ?		
Eres una Persona Desamparado? <input type="checkbox"/> Sí <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		
<input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Calle			Método de Preferencia de Contacto? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono		

Orientación sexual (círcule uno)			Identidad de género (círcule uno)		
Lesbiana o Gay			Hombre		
Heterosexual (no lesbiana o gay)			Mujer		
Bisexual			Transgénero hombre/de mujer a hombre		
Algo diferente			Transexual mujer/ de hombre a mujer		
No sé			Otro		
Opto por no revelar			Opto por no revelar		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre		Dirección		Teléfono		Relación con el Paciente	
--------	--	-----------	--	----------	--	--------------------------	--

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Lugar de Empleo		Dirección		Número Del Trabajo	
-----------------	--	-----------	--	--------------------	--

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro Médico Primario			Seguro Secundario (Si Aplica)		
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#			
Relación con Paciente		Relación con Paciente			

INFORMACION DEL RESPONSABLE

Nombre		Dirección		Teléfono		Relación con el Paciente	
--------	--	-----------	--	----------	--	--------------------------	--

Declaro que la información arriba es verdadera y correcta. También estoy de acuerdo en que los pagos de seguros sean autorizados a la institución de Servicios Médicos Regionales de Alabama.

Firma de Paciente/Guardián:			Fecha:		
-----------------------------	--	--	--------	--	--

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

