

Servicios Regionales Médicos de Alabama
Formulario de Actualización de Admisión del Paciente

INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Celular		¿Como escuchó sobre ARMS?			
# Seguro Social	Fecha de Nacimiento		<input type="checkbox"/> Otro Doctor <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Féria Salud			
Correo Electrónico:			¿Método de contacto preferido? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado			Raza: Asiático Nativo Americano Nativo Hawaiiano IndioAmericano/ Nativo de Alaska Otro Pacífico Isleño Más de una Raza Africano Americano Blanco			
¿Es usted Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Residente de Vivienda Pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Origen Etnico: No-Hispano Hispano			
¿Es usted desahuciado? <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Calle						
Orientación Sexual (Márque uno)		Identidad de Género (Marque uno)		Nivel más alto de Educación		
Lesbiana o Gay		Hombre		Escuela Superior		
Heterosexual (no lesbiana o gay)		Mujer		GED		
Bisexual		Transgenero hombre/Femenino a Masculino		Menos de Escuela Superior		
Algo diferente		Transgenero Femenino/Masculino a Femenino		Algo de Universidad/Vocacional		
No sé		Otro		Título Universitario		
Opto por no revelar		Opto por no Revelar		Grado mas Alto Obtenido		
CONTACTO DE EMERGENCIA						
Nombre		Dirección		Teléfono	Relación con el Paciente	
INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR						
Lugar de Empleo		Dirección		Teléfono del Trabajo		
Ingreso Anual:		Tamaño del Hogar				
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO						
Seguro Médico Primario			Seguro Médico Secundario (si aplica)			
Nombre del Seguro Médico		Nombre del Seguro Médico				
Nombre del Asegurado		Nombre del Asegurado				
Fecha de Nacimiento (Asegurado)		Fecha de Nacimiento (Asegurado)				
# de Póliza		# de Póliza				
# de Grupo		# de Grupo				
Relación con el Paciente		Relación con el Paciente				
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE						
Nombre		Dirección		Teléfono	Relación con el Paciente	
<p>Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También acepto que cualquier pago de seguro sea asignado directamente a los Servicios Médicos Regionales de Alabama.</p>						
Firma del Paciente/Guardián:				Fecha:		
Site:		ARMS Staff Signature:		Patient #:		
Revisado: 2/4/2020						