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? Otro Doctor  Radio  TV  Amigo  Féria Salud |
|  # Seguro Social | Fecha de Nacimiento |
| Correo Electrónico: | ¿Método de contacto preferido?  Correo  Email  Teléfono |
| Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado | Raza:Asiático Nativo Americano Nativo Hawaiiano IndioAmericano/ Nativo de Alaska Otro  Pacífico Isleño Más de una Raza Africano Americano BlancoOrigen Etnico: No-Hispano Hispano |
|  ¿Es usted Veterano? Sí  No | ¿Residente de Vivienda Pública? Sí  No |
| ¿Es usted desausiado?  Sí  No Refugio  Vivienda Transicional  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 |
|  |
| 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. |
| Firma del Paciente/Guardián: | Fecha: |
| Site: | ARMS Staff Signature: | Patient #: |
| Revisado: 2/4/2020 |