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 Blanco  Origen 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 | | | | | | | | | | | | | | |