

**North Hills
Gastroenterology Endoscopy Center**

Date _____
Physician _____
Patient # _____

Registro del Paciente

Por favor escriba en letra de imprenta

Referido por: _____ (Nombre del Doctor) (Ciudad)

Nombre _____ (Apellido) (Primer) (Segundo)

Direccion _____
Postal _____ (Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Direccion _____
Permanente _____ (Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

de telefono _____ # de celular _____ # de trabajo _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ # Seguro Social _____

Correo electronico _____

Por favor marque uno Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado

Am. Negro o Africano Asiatico Guero Am. Indio, Nativo de Alaska Nativo Hawaiano, Otras islas del Pacifico Desconocido

Disminucion

Etnicidad (Origin): No Hispano o Latino Hispano o Latino Idioma preferido: _____

Empleador del paciente _____ Ocupacion _____

Nombre de esposo/a _____ # Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
(o los padres)

Empleador del esposo/a _____ #de celular del esposo/a _____ #de trabajo _____

Contacto de emergencia _____ # de telefono _____ (Relaccion) _____

TODOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES SERAN CARGADOS AL PACIENTE. FORMAS NECESARIAS SERAN COMPLETADAS PARA ACCELERAR PAGOS DE ASEGUARANZA. EL PACIENTE SERA RESPONSIBLE POR TODOS LOS COBROS INDEPENDIENTEMENTE DE LO QUE CUBRE LA ASEGUARANZA. ES ACOSTUMBRADO A PAGAR POR EL SERVICIO CUANDO SERA HECHO A MENOS QUE OTROS ARREGLOS HAN SIDO HECHOS EN AVANZO.

INFORMACION DE ASEGUARANZA

Medicare # _____ Medipak # _____ AR Medicaid# _____

OTRA ASEGUARANZA MEDICA

Aseguranza Primaria _____ Direccion _____

ID # _____ #de Groupo _____

Titular de la poliza _____ fecha de nacimiento _____ #Seguro Social _____

Relaccion al titular de la poliza: Usted mismo Esposo/a Hijo/a Hijastro Otro

Aseguranza Secundaria _____ Direccion _____

ID # _____ # de Groupo _____

Titular de la poliza _____ fecha de nacimiento _____ #Seguro Social _____

Relaccion al titular de la poliza: Usted mismo Esposo/a Hijo/a Hijastro Otro

PATIENT MEDICATION RECONCILIATION Form

Favor de completar la siguiente forma y traer con usted el dia de su examen

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	
Alergias: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ninguna que yo sepa	Alergia al Latex <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Pruebas realizadas para alergia al latex		
Alergia (Medicamento)	Reaccion	Alergia (Medicamento)	Reaccion

Medicamentos

PARA USO DE LA OFICINA

Lista de Cirugias:

-NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA-

Medicamentos o dosis nuevas que debe tomar despues de ser dado de alta.

Nombre del medicamento/Dosis/Ruta/Frecuencia (por favor imprima)	Modo de distribucion

Firma de la enfermera: _____

Fecha: _____