

**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) (Primero) (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 _____ (Relacion) _____

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

INFORMACION DE ASEGURANZA

Medicare # _____ Medipak # _____ AR Medicaid# _____

OTRA ASEGURANZA MEDICA

Aseguranza Primaria _____ Direccion _____

ID # _____ #de Grupo _____

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

Relacion al titular de la poliza: ☐ Usted mismo ☐ Espos/a ☐ Hijo/a ☐ Hijastro ☐ Otro

Aseguranza Secundaria _____ Direccion _____

ID # _____ # de Grupo _____

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

Relacion al titular de la poliza: ☐ Usted mismo ☐ Espos/a ☐ Hijo/a ☐ Hijastro ☐ Otro

Favor de completar la siguiente forma y traer con usted el día 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		

[illegible]

Lista de Cirugias:

-NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA-

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

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: _____