

Fórmula para la inscripción de pacientes de Medicaid

Información del paciente	Información del paciente					
	Apellidos completos:		Nombre(s) de pila:	Segundo nombre:	Denominación anterior (si corresponde)	
	Dirección postal:		# del apartamento			
	Ciudad/Estado/Código postal:					
	Teléfono residencial:		Teléfono celular:		Teléfono empresarial:	
	Método preferido de comunicarnos con Ud. para llamadas de recordatorio y otros mensajes generados electrónicamente: (Favor de elegir solo una opción) <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> SMS			Si prefiere que le llamen, favor de elegir el número de teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empresarial		
	Médico de cabecera o pediatra:		Fecha de nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	Estado civil:		# de seguro social:			
	Nombre del empleador:		Nombre del contacto en caso de una emergencia:			
	# de teléfono del contacto en caso de una emergencia:	Parentesco al paciente:		¿Quién le refirió a la clínica CrossOver?		
Información adicional y parte responsable	Parte Responsable – Si el paciente es menor de edad (tiene menos de 18 años de edad), se enumerarán como garante el padre o tutor que lleve el paciente a la clínica					
	Apellidos completos:			Nombre(s) de pila:		
	Fecha de nacimiento:		# de seguro social:		Número de teléfono:	
	Dirección postal de la parte responsable:					
	Ciudad/Estado/Código postal:			Parentesco al paciente:		
	Información adicional (FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES ABAJO)					
	Correo electrónico:			¿Podemos dejarle un mensaje respecto a su cuidado médico y los resultados de exámenes médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Raza (favor de elegir): <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Isleño/a del pacífico o nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			Etnicidad (favor de elegir una): <input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> No hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
	Idioma preferido (favor de elegir uno): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Hindi o Tamil <input type="checkbox"/> Idioma de señales estadounidenses <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro					
	Nombre y dirección postal de la farmacia preferida:					
Información del seguro	Seguro médico primario		Seguro médico secundario			
	Nombre de la compañía de seguro médico		Nombre de la compañía de seguro médico			
	Titular asegurado/a:		Titular asegurado/a:			
	Fecha de nacimiento del titular asegurado/a:		Fecha de nacimiento del titular asegurado/a:			
	# de seguro social del titular asegurado/a:		# de seguro social del titular asegurado/a:			
	Parentesco del paciente al titular asegurado/a:		Parentesco del paciente al titular asegurado/a:			

He repasado una copia del aviso de privacidad de la clínica CrossOver Healthcare Ministry. (Siglas)

Firma de la parte responsable: X _____ Fecha: _____

Nombre impreso de la parte responsable: X _____ Fecha: _____