

Women's Specialists of Clear Lake, PLLC  
Patient Registration Form (eCW)

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

(Por favor escriba)

Dr.  Sr  Sra.  Srta.

Nombre del Paciente (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_ Nombre previo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número Móvil. \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Proveedor Primario (PCP) \_\_\_\_\_ Proveedor que lo Recomienda \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de la prestación (esta práctica) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_/Dia \_\_\_\_/Año \_\_\_\_ Sexo  F – Femenino  M – Masculino  Transgénero

Raza  indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Negro o afro-Americanos

Blanco  Declinó nombre de farmacia \_\_\_\_\_

numero de farmacia \_\_\_\_\_

Origen Étnico  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Declinó

Lenguaje  Inglés  Español  Hindú  Japonés  Chino  Coreano  Francés  Alemán  Ruso  Otro \_\_\_\_\_

Estado Civil  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a) Legalmente  Otro

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Situación laboral  1 - Tiempo completo  2 -Ttiempo parcial  3 - Sin empleo  4 - Cuenta propia  5 - Jubilado  6 - Militar Activo

Estudiante  F- Estudiante de tiempo completo  P - Estudiante de tiempo parcial  N – No es un estudiante

Contacto de Emergencia Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted un testamento en vida?  Si  No

Parentesco del contacto de emergencia al paciente \_\_\_\_\_  Guardián

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor que lo Recomienda \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE**

(información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable  Otro Paciente  Garante  Yo

Marque aquí si la información es igual a del paciente

Nombre de la Persona Responsable (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_

Número de cuenta del garante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_/Dia \_\_\_\_/ Año \_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Sexo  F – Femenino  M - Masculino

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO**

(proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora / Número de teléfono \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado(a) \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado \_\_\_\_\_

Numero ID (número de póliza) \_\_\_\_\_ Numero ID del Grupo \_\_\_\_\_ Cantidad de co-pago \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_/Dia \_\_\_\_/ Año \_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA**

(proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora/ Número de teléfono \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado(a) \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado \_\_\_\_\_

Numero ID (número de póliza) \_\_\_\_\_ Numero ID del Grupo \_\_\_\_\_ Cantidad de co-pago \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_/Dia \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

**Paciente (o Responsable) Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_