

**Idaho Physical Medicine and Rehabilitation, PA**  
**FORMULARIO DE REGISTRO**

(Por favor escriba en letra legible)

Fecha de Hoy:				Médico de Cabecera:			
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>							
Apellido del Paciente:		Nombre:		Segundo:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta.
Estado Civil (circule uno) Soltero/a; Casado/a; Divorciado/a; Separado/a; Viudo/a							
Éste es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si no, cuál es su nombre legal?		(Nombre anterior):		Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino				Idioma preferido:			
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> África Americano <input type="checkbox"/> De Raza blanca <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro							
Dirección:				Numero Seguridad Social: :		Teléfono Particular:	
Teléfono Celular:							
N° Casilla de Correo:		Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Puesto:		Compañía de Trabajo:				Teléfono del Trabajo: (    )	
Eligió la clínica porque / Referido a clínica por: (por favor marque una casilla):				<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Plan de Seguro	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amistad	<input type="checkbox"/> Cerca de casa/trabajo		<input type="checkbox"/> Páginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Otro		
Farmacia:				Dirección y teléfono			
<b>INFORMACION DE SEGURO</b>							
(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.)							
Persona responsable de la factura:		Fecha de Nacimiento: / /	Dirección (en caso de ser diferente):			Teléfono de Particular: (    )	
Esta persona es paciente aquí: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Puesto:	Compañía Trabajo:		Dirección del Trabajo:			Teléfono de Trabajo: (    )	
El paciente esta cubierto por seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Por favor indique seguro principal <input type="checkbox"/> [Seguro]							
Nombre Administrador de Caso:		Teléfono:		<input type="checkbox"/> N° Medicaid:		<input type="checkbox"/> Otro	
Titular del Seguro Médico:		N° del Titular:	Fecha de Nacimiento / /		N° Grupo:	N° Póliza:	Co-pago: \$
Relación del Paciente con el titular:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro		
Nombre de Seguro Adicional (si corresponde):		Nombre del Titular:			N° Grupo:		N° Póliza:
Relación del Paciente con el titular:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro		
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>							
Nombre de amigo o familiar local:				Relación con el paciente:		Teléfono de Casa: (    )	Teléfono Alternativo: (    )
Verifico que la información facilitada más arriba es correcta según mi leal saber y entender. Por la presente autorizo el pago de los beneficios de mi seguro medico directamente al Médico. Por otra parte, entiendo y acepto responsabilidad por todos los cargos pendientes. También autorizo a Idaho PMR o el Seguro Médico para utilizar o divulgar cualquier información requerida, con el fin de procesar mis reclamos.							
Firma del Paciente/Tutor:				Fecha:			

