



8186 Lark Brown Road Elkridge MD 21075
 10981 Johns Hopkins Road Laurel MD 20723
 (410) 730-3399



REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Por favor imprima claramente)

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ MI: _____
 FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año) _____ SEXO: _____ RAZA: _____
 # DE SEGURO SOCIAL: _____ ETNICIDAD: _____
 DIRECCIÓN 1: _____ APTO/UNIDAD/DIRECCIÓN 2: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____
 IDIOMA: _____ PAÍS DE IDIOMA: _____
 ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A COMPAÑADO/A DIVORCIADO VIUDO/A
 ELIGA SI ES APLICABLE: EMBARAZADA AMAMANTANDO
 A QUIEN LE AGRADECEMOS POR RECOMENDARLE NUESTRA OFICINA? _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ EXT: _____
 TELÉFONO MÓVIL: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Favor anotar a alguien con quien podamos contactar en caso de una emergencia)

PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____
 TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____
 RELACIÓN AL PACIENTE: _____
 DIRECCIÓN 1: _____ APTO/UNIDAD/DIRECCIÓN 2: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA PARTE DE LA OFICINA:

_____ (nombre) _____ (relación al paciente)
 _____ (nombre) _____ (relación al paciente)
 _____ (nombre) _____ (relación al paciente)
 _____ (nombre) _____ (relación al paciente)

MÉDICO DE CABECERA/OTROS MÉDICOS

NOMBRE DE MÉDICO: _____ NOMBRE DE OFICINA: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

NOMBRE DE FARMACIA: _____ # DE TELÉFONO: _____
 UBICACIÓN/ DIRECCIÓN DE SU FARMACIA: _____

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa.

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____



8186 Lark Brown Road Elkridge MD 21075
 10981 Johns Hopkins Road Laurel MD 20723
 (410) 730-3399



INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO E IDENTIFICACIÓN DE FOTO SE REQUIEREN AL MOMENTO DE SU VISITA

SEGURO PRIMARIO

COMPAÑÍA DE SEGURO: _____ CO-PAGO: _____
 # DE GRUPO: _____ # DE IDENTIFICACIÓN: _____
 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO: PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____
 # DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____
 # DE TELÉFONO: _____ (EXT: _____) RELACIÓN AL PACIENTE: _____
 COMPAÑIA DE EMPLEO: _____ DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____
 # DE TELÉFONO: _____
 COMPLETÓ SU DIRECTIVA AVANZADA? SÍ NO DÓNDE SE ARCHIVA? _____ ¿Qué centro médico?

SEGURO MÉDICO ADICIONAL

¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR SEGURO ADICIONAL? ? SÍ NO
 COMPAÑÍA DE SEGURO: _____ CO-PAGO: _____
 # DE GRUPO: _____ # DE IDENTIFICACIÓN: _____
 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO: PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____
 # DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____
 # DE TELÉFONO: _____ (EXT: _____) RELACIÓN AL PACIENTE: _____
 COMPAÑIA DE EMPLEO: _____ DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____
 # DE TELÉFONO: _____

ESTADO DE EMPLEO

EMPLEADO/A DESEMPLEADO/A ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO ESTUDIANTE MEDIO TIEMPO RETIRADO/A
 ¿CÚAL FUE EL ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS? ESCUELA SECUNDARIA UNIVERSIDAD ESCUELA DE POSGRADO
 OCUPACIÓN: _____ COMPAÑIA DE EMPLEO: _____
 # DE TELÉFONO: _____

DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____ ESTADO EMITIDO: _____

¿ESTÁ RELACIONADO CON UN ACCIDENTE? SÍ NO ¿FECHA DEL ACCIDENTE? _____ ¿ES UN ACCIDENTE DE VEHÍCULO? SÍ NO

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa.

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____



8186 Lark Brown Road Elkridge MD 21075
 10981 Johns Hopkins Road Laurel MD 20723
 (410) 730-3399



Autorización para divulgar o usar información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud indetificable individualmente (información de salud protegida o PHI, por sus siglas en inglés) e información médica por Centennial Medical Group y FirstCall Urgent Care para realizar tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. Puedo revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener una descripción más completa de la posible divulgación y uso de dicha información y tengo derecho a revisar la notificación antes de firmar este formulario de consentimiento.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios a los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad, usted puede obtener una copia de la notificación revisada escribiendo nuestra clínica o solicitando una copia de nuestro personal de recepción.

Usted conserva el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo es usada o revelada su informacion de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Nuestra clínica no está obligada aceptar las restricciones solicitadas; sin embargo, si aceptamos la(s) restricción(es) solicitad(as), dichas restricciones son vinculantes sobre la clínica.

Estoy de acuerdo y consiento que Centennial Medical Group y FirstCal Urgent Care me envíe información de las siguientes maneras:

YO AUTORIZO	INICIALES
POR CORREO	
<input type="checkbox"/> A domicilio	_____
<input type="checkbox"/> A dirrección del trabajo	_____
TELÉFONO DE CASA	
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado	_____
<input type="checkbox"/> Solo dejar numero telefonico para devolver la llama	_____
TELÉFONO DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado	_____
<input type="checkbox"/> Solo dejar numero telefonico para devolver la llama	_____
POR FAX	
Mande fax al numero: _____	

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa.

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____