

DESERT OASIS HEALTHCARE FORMA DE REGISTRACION

(Por favor de imprimir)

Fecha de Hoy:										Nombre de Doctor Primario:														
INFORMACIÓN DEL PACIENTE																								
Nombre de Paciente (Apellido, Primero, Segundo)																								
Email										Fecha de Nacimiento:										Edad:		Sexo:		
Teléfono de casa:										Teléfono de Celular: (sera usado para mensajes de texto)														
Domicilio Residencial:																								
Ciudad:										Estado:					Código Postal:									
Domicilio de correo (si es diferente):																								
Como desea ser contactado? (Seleccione Uno)					Numero de Casa					Numero de Celular					Portal de Paciente									
Ocupación:										Idioma Preferido:														
Farmacia Preferida:										Nombre de la ciudad y la calle a cruzar de su farmacia?														
Raza: (Indicar/Seleccione todo que aplique) Afro Americano Negro Blanco Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Hawaiano o otro Pacifico Isleño										Origen Étnico (Seleccione Uno): Hispano/Latino No Hispano/Latino														
Nombre de persona en caso de emergencia:										Relación:														
Fecha de Nacimiento de persona :										Numero de Emergencia:														
INFORMACIÓN DE COBROS																								
Por favor dar su tarjeta de aseguranza a recepción																								
Persona responsable de cobros:															Teléfono de Casa:									
Fecha de Nacimiento:					Domicilio (si es diferente):																			
Relación con paciente:															Teléfono de Celular: (se usa para mensajes de texto)									
Ocupación:																								
Retirado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																								
Aseguranza Primaria:																								
Numero de identificación de Medicare:																								
Nombre de Subscriptor:										Fecha de Nacimiento:														
Relación de Paciente con subscriptor:					<input type="checkbox"/> usted mismo					<input type="checkbox"/> Esposo/a					<input type="checkbox"/> Hijo/a					<input type="checkbox"/> Otro				
Aseguranza Secundaria:															Núm. de ID #:									
La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a la compañía de seguros o de Desert Oasis Healthcare revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.																								
Firma de Paciente/Guardián :															Fecha:									

Dominio de Mano: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambidextro	Nivel de Educación terminado:
Experiencia Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Que Rama :	Expuesto a Riesgo Biológico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posible
Tiene Hijos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuantos: _____Masculino _____Femenino	Toma Alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente _____bebidas por día _____por semana
Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Cannabis _____Paquetes por día _____Año que dejo de Fumar _____Cuantos años fumo?	
Consumo cafeína?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____Tazas por día Tipos Consumido: <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Te <input type="checkbox"/> Soda Gaseosa	
Estatus de Vivienda: <input type="checkbox"/> Dueño de Casa <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
Quien compromete su red Social : <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Esposo/a -Pareja <input type="checkbox"/> Otro	
Nivel de Actividad: <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto	
Qué tipo de ejercicio hace:	
Aficiones/Actividades:	
Historia de su Dieta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dieta Especial –por favor sea específico:	
Animales en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, que tipo? (circule todo que aplique) Aves, Perros, Gatos, Roedores Reptiles Otro _____	
Usted les hace la limpieza a los animales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tiene usted pistolas en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, están bajo seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La religión/espiritualidad son algo importante en su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Está de acuerdo de recibir sangre/productos de sangre si fuera necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Viaja regularmente fuera del país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Gracias por terminar esta información importante.

Firma de Paciente/ Persona Responsable _____

Fecha _____