

Consejería Quarternote LLC

Fecha _____

Registro de Paciente

Información personal

Nombre _____

última Oriente

(Doncella)

Primera

La Dirección de la
calle _____

Ciudad _____ Estado _____ postal _____
código

Teléfono de casa _____ Trabajo _____
Celda _____

CORREO
ELECTRÓNICO _____

El género _____ SS # _____ FECHA DE
NACIMIENTO _____

Estado civil _____ Ocupación _____

Empresario _____

—

Pareja: _____

Contacto de Emergencia Relación _____

Número de Teléfono de contacto de emergencia
de _____

Responsable (SI ES DIFERENTE DE LA PACIENTE).

Nombre _____

—

Del mes pasado

Oriente

Primera

Relación al paciente _____

La Dirección de la
calle _____

Ciudad _____ Estado _____ CÓDIGO
POSTAL _____

SS # _____ CORREO
ELECTRÓNICO _____

Empresario _____ Ocupación _____

Teléfono de casa _____ trabajo _____
Celda _____

Uso significativo de Datos:

LANGIAGE preferido: _____

Queremos asegurarnos de Que todos Nuestros Pacientes Reciban La Mejor Atención posible. Nos Gustaria Que Nos Cuente SUS Antecedentes raciales y Étnicos Para Que podamos Revisar periodicamente Nuestros Datos de Paciente y ASEGURESE de Que Todo El Mundo this Recibiendo la Máxima Calidad de la atención".

¿Te consideras Hispano / Latino? Si No o oo dECLINO

Qué categoría describe mejor su carrera? (Círculo CUALQUIERA SE Sienta APLICAR)

Blanco o o Indios Americanos y Nativos de Alaska Asia o o Negro o Africano Americano
o Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico o Disminución

Director de escuela _____ de _____
secundario

Nombre del asegurado _____ Nombre del
asegurado _____

Relación al paciente _____ Relación al paciente _____

Fecha de Nacimiento del asegurado _____ Fecha de Nacimiento del
asegurado _____

SS # _____ SS # _____

Miembro del suscriptor # _____ Miembro del suscriptor # _____

Grupo # _____

Grupo # _____

Dirección _____

Dirección _____

INS. Teléfono _____

INS. Teléfono _____

Asegurado el Empleador del _____
del _____

Asegurado el Empleador

En Caso de Emergencia:

Contacto: _____ Relación _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono Trabajo: (_____) _____

Información de Referencia

Motivo de consulta: _____

Referido a la clínica (por favor, choose Una casilla): Dr. . _____

Autorizo a contactar a mi médico de Referencia para notificarles Que se Llegado a la Sesión inicial.

Sí No

Permiso de contacto

El mejor contacto Número de contactar a Través de: _____ Home) _____ (Celda) _____
(Trabajo).

(Otros): _____

Podemos Dejar el Mensaje en el buzón de voz? _____ (SI) _____ (no).

Podemos texto? _____ (SI) _____ (no).

¿TENEMOS su permiso para Dejar un Mensaje de programación con quien podria responder al Número de Teléfono
Que ha Indicado? _____ (SI) _____ (no).

Paciente o tutor legal La firma _____ DATE _____

Nombre Impreso: _____

La información de la tarifa de la escala de Sliding (adjustable) para los clientes sin seguro está disponible a petición. Llame para obtener más información. 703-675-5361.