



****Favor de revisar y hacer correcciones a la información siguiente donde sea necesario.****

Registro de Paciente	
INFORMACIÓN DE PACIENTE -- FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE	Información de Garante (quien recibe extractos de cuenta)

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: Teléfono de Casa: Teléfono de Trabajo: ** Teléfono Móvil: Sexo: Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social: ** Email de Paciente: Requisito gubernamental [puede rechazar entregar esta información]:	Nombre: Dirección: , Relación al paciente: _____ Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social: Teléfono: () _____ - _____
---	---

Información de Contacto de Emergencia
Nombre: Relación al Paciente: Teléfono: Teléfono Móvil: () _____ - _____

** Idioma: ** Raza: ** Etnicidad: ** Estado Civil:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Información de Trabajo</th> </tr> <tr> <td> Nombre de Empresa: Dirección: Teléfono: </td> </tr> </table>	Información de Trabajo	Nombre de Empresa: Dirección: Teléfono:
Información de Trabajo			
Nombre de Empresa: Dirección: Teléfono:			

Otra Información	Información de Farmacia:
Referido por: Médico de Atención Primaria: Preferencia de Ser Contactado: Teléfono de Casa / Teléfono de Trabajo / Teléfono Móvil / Portal / Email	Nombre: Intersección (de calles): Teléfono:

Información de Seguro Médico Primario	Información de Seguro Médico Secundario
Nombre del Plan de Seguro: Apellido de Asegurado: Primer Nombre de Asegurado: Segundo Nombre de Asegurado: Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: Fecha de Nacimiento: Sexo (escoga uno): M or F Nombre de Empresa: Relación de Paciente al Asegurado:	Nombre del Plan de Seguro: Apellido de Asegurado: Primer Nombre de Asegurado: Segundo Nombre de Asegurado: Dirección: { } Ciudad: Estado: Código Postal: Fecha de Nacimiento: Sexo (escoga uno): M or F Nombre de Empresa: Relación de Paciente al Asegurado:

Afirmo que la información anterior es completa y correcta.

Firma _____ **Fecha:** _____



****Favor de firmar y fechar cada declaración siguiente****

Reconocimiento y Autorización:

- **He leído y entiendo la Póliza de Privacidad/HIPAA de P3 Health Partners**

Firma _____ Fecha: _____

- **Por la presente asigno que mis beneficios de seguro se paguen directamente al proveedor de atención médica.**

Firma _____ Fecha: _____

- **Autorizo que P3 Health Partners comparta la información médica requerida para procesar mi reclamación.**

Firma _____ Fecha: _____

- **He leído y entiendo la Póliza Financiera de P3 Health Partners.**

Firma _____ Fecha: _____

- **Autorizo que P3 Health Partners obtenga/tenga acceso a mi historial de medicina.**

Firma _____ Fecha: _____

- **Autorizo que la oficina del médico me contacte por teléfono móvil.**

Firma _____ Fecha: _____