



## MERCY COMMUNITY HEALTHCARE FORMULARIO DE REGISTRO - ADULTOS

(Por favor escriba en letra de molde)

¿Tiene usted un hijo que ha sido paciente en Mercy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, por favor ponga el nombre y la fecha de nacimiento aquí abajo.		
Nombre del Hijo:		Fecha de Nacimiento del Hijo:		
Fecha de hoy:	Médico Primario:	Farmacia:	Teléfono:	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>				
Apellido del Paciente:		Nombre:	Segundo Nombre:	Nombre de Preferencia:
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social:	Idioma Principal:
Por favor marque todas las que correspondan al paciente: Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza			Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano o Latino	
Estado Civil (marque uno): Soltero / Casado / Pareja Conviviente / Divorciado / Separado / Viudo				
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (Casa): ( )	Teléfono Celular: ( )		Número de Teléfono Principal: ( )	Correo Electrónico:
Preferencias de Contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular ¿Está bien dejar un mensaje en el teléfono que ha indicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Situación de Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Mi propio domicilio <input type="checkbox"/> Casa de mi Esposo/Pareja <input type="checkbox"/> Casa de mis parientes <input type="checkbox"/> Hogar de Crianza <input type="checkbox"/> Hogar de Niños <input type="checkbox"/> Casa de un Amigo <input type="checkbox"/> Sin Hogar/Albergue** <input type="checkbox"/> Negado **Fecha de estar sin hogar: _____ <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Compartiendo con otro adulto/familia <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro				
<b>INFORMACIÓN DE EMPLEO</b>				
Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:		Teléfono del Empleador: ( )
<b>INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE</b>				
¿Es paciente aquí en Mercy su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Apellido:		Nombre:	Segundo Nombre:	Nombre de Preferencia:
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social:	Idioma Principal:
Por favor marque todas las que correspondan: Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza			Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano o Latino	
Dirección de Casa (si es diferente de la del paciente):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (Casa): ( )	Teléfono Celular: ( )		Número de Teléfono Principal: ( )	Correo Electrónico:
<b>Si corresponde, por favor proporcione una copia de cualquier documento de poder legal médico, tutoría legal, directiva anticipada para la atención médica, etc.</b>				
<b>INVITACIÓN AL PORTAL PARA PACIENTES</b>				
Mercy Community Healthcare le enviará una invitación al correo electrónico que ha proporcionado para inscribirse en el Portal para Pacientes. Va a poder comunicarse con su equipo de atención médica por medio del Portal para Pacientes y presentar peticiones para resurtidos de medicamentos y citas médicas. Por favor hable con un recepcionista si tiene alguna pregunta.				



**MERCY COMMUNITY HEALTHCARE**  
**FORMULARIO DE REGISTRO - ADULTOS**  
(Página 2)

**INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO**

(Favor de entregar su tarjeta de seguro médico al recepcionista.)

Persona Responsable de la factura:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):	Teléfono de Casa: ( )
------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

¿Tiene cobertura de un seguro médico?  Sí  No (Si **No**, hay que completar una Solicitud para Pacientes sin Seguro Médico)

Por favor indique el seguro primario:	Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:
---------------------------------------	------------------------	---

Fecha de nacimiento: / /	Número de Grupo:	Número de Póliza:	Copago: \$
-----------------------------	------------------	-------------------	---------------

Relación del Paciente con el suscriptor:  Yo mismo  Esposo  Hijo  Otro

Nombre del Seguro Secundario (si corresponde):	Nombre del Suscriptor:	Número de Grupo:	Número de Póliza:
--	------------------------	------------------	-------------------

Relación del Paciente con el suscriptor:  Yo mismo  Esposo  Hijo  Otro

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre de un amigo o pariente local (que no viva en el mismo domicilio de usted):	Relación al Paciente:	Teléfono de Casa: ( )	Teléfono de trabajo: ( )
---	-----------------------	--------------------------	-----------------------------

¿Cómo se enteró usted de Mercy Community Healthcare?  Internet  Paciente  Radio  Páginas Amarillas  
 Otro Médico  Anuncios  Servicio de Referencias

¿Es usted veterano de los EEUU?  Sí  No

¿Es usted trabajador agrícola?  Sí  No Si es **así**, por favor marque la que corresponda.

Empleado todo el año  Trabajador Temporal  Trabajador Migrante  Trabajador Agrícola Jubilado

La información anterior es verdadera a mi mejor entender. Autorizo que se paguen los beneficios del seguro directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo que Mercy Community Healthcare y la compañía de seguros divulguen cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente/Representante Legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Representante Legal (Letra de Molde por favor)