



Women's Health Center of Reno

GYNECOLOGY | INFERTILITY | OBSTETRICS | UROGYNECOLOGY

Fecha:

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

IMPIMA ESTE FORMULARIO Y COMPLETE TODOS LOS CAMPOS

NOMBRE DEL PACIENTE: (APELLIDO--1 ^{ER} NOMBRE--INICIAL 2 ^{DO} NOMBRE)		DIRECCIÓN		
CIUDAD, ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL DOMICILIO	CELULAR	
SEGUNDO TELÉFONO		FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____	
Correo electrónico:	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Se rehúsa a informarlo	Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro, especifique abajo	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otros nativos de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> No informa/ Se rehúsa a informar	
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE (CALLE Y Nº - CIUDAD - ESTADO - CÓDIGO POSTAL)		TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO/RESPONSABLE		RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> tutor		
NOMBRE (1 ^{ER} NOMBRE -- APELLIDO -- INICIAL 2 ^{DO} NOMBRE)		DIRECCIÓN (Si no es la misma que la del paciente)		
TELÉFONO DEL DOMICILIO	TELÉFONO DEL TRABAJO	Nº SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO				
NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO		DIRECCIÓN (CALLE Y Nº - CIUDAD - ESTADO - CÓDIGO POSTAL)		TELÉFONO
NÚMERO DEL GRUPO	NÚMERO DE SUScriptor/ID	EMPLEADOR		TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO		DIRECCIÓN (CALLE Y Nº - CIUDAD - ESTADO - CÓDIGO POSTAL)		TELÉFONO
NÚMERO DEL GRUPO	NÚMERO DE SUScriptor/ID	EMPLEADOR		TELÉFONO DEL EMPLEADOR
MÉDICO DE CABECERA/MÉDICO DE LA FAMILIA			MÉDICO QUE DERIVA	
EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON:			RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
¿El contacto de emergencia antes mencionado tiene su permiso para hablar sobre su información de salud protegida?: Sí _____ No _____				