

Registro de Nuevos Pacientes

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Pueblo/Ciudad: _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: @

¿Si es menor de 18 años, ¿quién tiene su custodia legal?

Madre* Padre* Ambos padres DCF* Tutor legal*

Nombre y fecha de nacimiento: _____

Nombre y fecha de nacimiento: _____

**Si ambos padres no tienen la custodia legal, o si otra persona tiene la custodia temporal o permanente, requerimos la documentación legal adecuada.*

¿Qué idioma prefieres? Hablar: _____ Escribir: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Eres estudiante de la Universidad Estatal de Fitchburg? Sí, vivo en el campus Sí, vivo fuera del campus No

Sí No

*Esta es la forma más rápida y fácil de comunicarse con sus proveedores, solicitar resurtidos de medicamentos, programar citas, obtener acceso a su información de salud y más. (*Utilizado por todos los servicios excepto el dental)*

Me gustaría recibir servicios en:

<input type="checkbox"/> Fitchburg CHC 326 Nichols Rd, Fitchburg	<input type="checkbox"/> ACTION CHC 130 Water St, Fitchburg	<input type="checkbox"/> Greater Gardner CHC 175 Connors St, Gardner	<input type="checkbox"/> Leominster CHC 165 Mill St, Leominster	<input type="checkbox"/> South Gardner CHC 529 Timpany Blvd, Gardner
---	--	---	--	---

Me gustaría recibir: Médico Dental Salud Conductual Optometría Atención urgente
 Servicios para abuso de sustancias Podología Nutrición

Contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Relación:

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono móvil:

Garante:	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Alguien más:	Nombre: _____	
			Dirección: _____	
			Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____	
Seguro Médico				
Principal			ID:	_____
			Grupo #:	_____
Abonado:	_____		<input type="checkbox"/> Auto	
Fecha de nacimiento del abonado	_____			
Secundaria			ID:	_____
			Grupo #:	_____
Abonado:	_____		<input type="checkbox"/> Auto	
Fecha de nacimiento del abonado	_____			
Seguro Optometría				
			ID:	_____
			Grupo #:	_____
Abonado:	_____		<input type="checkbox"/> Auto	
Fecha de nacimiento del abonado	_____			
Seguro Dental				
Principal			ID:	_____
			Grupo #:	_____
Abonado:	_____		<input type="checkbox"/> Auto	
Fecha de nacimiento del abonado	_____			
Empleador:	_____			
Secundaria			ID:	_____
			Grupo #:	_____
Abonado:	_____		<input type="checkbox"/> Auto	
Fecha de nacimiento del abonado	_____			
<i>He completado este formulario y certifico que soy el paciente o su representante debidamente autorizado.</i>				
		Firma		
			Fecha	
		Nombre impreso	Relación	