



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Información Personal

Nombre _____ Apellido _____ Nombre Preferido _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad ____ Hombre Mujer Etnicidad _____

Estado Civil: Soltero Pareja Doméstica Casado Separado Divorciado Viudo

Idioma Preferido para las Consultas _____ Email _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Domicilio: Calle _____

Unidad/Suite _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Ocupación _____ (Si con Whole Foods Market, que localización? _____)

Estado de Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Estudiante Desempleado Jubilado

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Apellido _____

Teléfono _____ Relación _____

Los Pacientes Que Son Menores De Edad

Persona (s) (Aparte de Guardián Primario) Autorizado Para Recibir Información Sobre Salud:

Nombre: _____ Relación: _____

Farmacia preferida: (Por favor escoja uno)

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Yo consiento en ser notificado por correo, correo electrónico, mensajería de texto y / o teléfono por la práctica de Whole Foods Market Medical y Wellness para la información disponible sobre cuidado, resultados de pruebas, citas y otra información pertinente.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Firma del padre o guardian (si el paciente es menor de edad) _____ Fecha: _____



Información Financiera

Nombre _____ Segundo Nombre _____

Apellido _____ NSS _____

Seguro Principal

Nombre del Asegurado _____ Segundo Nombre _____

Apellido _____ NSS _____

Dirección del Asegurado Principal: Calle _____ Unidad/Suite _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

Nombre de Compañía Aseguradora _____

de ID del Seguro _____ Número de Grupo _____

Seguro Secundario

Nombre del Asegurado _____ Segundo Nombre _____

Apellido _____ NSS _____

Fecha de Nacimiento _____ (mm/dd/aa) Relación con el Paciente _____

Nombre de Compañía Aseguradora _____

de ID del Seguro _____ Número de Grupo _____

LOS PACIENTES **DEBEN** LLENAR LOS FORMULARIOS DE INFORMACION DEL PACIENTE **ANTES** DE CONSULTAR AL MEDICO LE PEDIREMOS QUE MUESTRE SU TARJETA DEL SEGURO DURANTE LA PRIMERA CONSULTA Y ESCANEAREMOS SU TARJETA EN NUESTRO SISTEMA SEGUN SEA NECESARIO PARA MANTENER ACTUALIZADA NUESTRA INFORMACION. ES POSIBLE QUE SOLICITEMOS ESTA INFORMACION CON REGULARIDAD PARA VERIFICAR QUE NO HAYA OCURRIDO UN CAMBIO EN LOS BENEFICIOS O LA COMPAÑIA ASEGURADORA. POR FAVOR AVISENOS SI HA CAMBIADO SU POLIZA O SU COMPAÑIA ASEGURADORA.