



**APPALACHIAN REGIONAL
MEDICAL ASSOCIATES**

Registro de pacientes
Patient Registration

Pegar una etiqueta del paciente
(Please Affix Patient Label)

Nombre del paciente impreso: _____ Nombre _____ Segundo N _____ Apellido _____

Sexo: Masculino Femenino **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **# de seguro social:** ____-____-____

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Concubino(a)

Domicilio postal: _____ Calle- _____

Ciudad- _____ Estado- _____ Código Postal- _____

de teléfono principal: _____ Celular Casa

de teléfono secundario: _____ Celular Casa

de teléfono del trabajo: _____ **Empleador/ocupación:** _____

Correo electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia y relación que tiene con usted: _____

Número del contacto de emergencia: _____

Doy mi consentimiento para que Appalachian Regional Medical Associates ("ARMA") o sus representantes:

me llamen por teléfono y dejen un mensaje me contacten por correo electrónico

para asuntos de saldos adeudados, ayuda financiera, citas, pre-registro, resultados de laboratorio y otra información de atención médica. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados y el uso de servicios de marcado automático.

¿Cuál es su origen étnico? Hispano o latino No hispano o latino

Seleccione una o más razas para indicar de cuáles se considera usted: Asiática Blanca

Nativa americana o nativa de Alaska Negra o afroamericana Nativa de Hawái o isleña de otra parte del pacífico

Otro: _____

¿En qué idioma prefiere comunicarse? Inglés Español Otro: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

Carteles Doctor Amigos/Familia Revista Periódico Redes sociales Radio TV

Sitio web de ARHS Otro _____

Si el paciente es menor de edad, favor de escribir en letra de molde el nombre del tutor:

Nombre: _____ Inicial de 2º nombre: _____ Apellido: _____

Si el paciente tiene un aval (alguna otra persona responsable de la cuenta) favor de proporcionar su información a continuación:

Relación o parentesco del paciente con el aval:

Nombre del aval: Nombre: _____ Inicial del 2º nombre: _____ Apellido: _____

Dirección postal: Calle- _____

Ciudad- _____ Estado- _____ C.P.- _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ # de seguro social: ____-____-____ # de teléfono: _____

Empleador: _____ # de teléfono del empleador: _____

Firma del paciente/representante legal ▶		Fecha: Hora:
Nombre del paciente/representante legal <i>(Escribir en letra de molde)</i> ▶	Relación o parentesco del representante legal ▶	