



Medical Center: 1831 North Fayetteville Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-672-1300 / Fax: 336-672-3044

Dental Center: 308 Brewer Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-610-7000 / Fax: 336-610-7003

REGISTRO DE PACIENTES – NUEVO Y ACTUALIZACION – Favor de imprimir FECHA DE HOY _____

Información del paciente:
 ¿Es usted también un paciente del centro DENTAL? _____ ¿Si la respuesta es sí, le han examinado en la oficina Dental desde 1/1/2017? _____

Nombre: Apellido: _____ Primer: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____
 Sexo: [] Hombre [] Mujer Estado Civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Menor de edad
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Estado de estudiante: _____ Tiempo completo _____ Tiempo parcial
 Estado laboral: _____ Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____ Retirado _____ Desempleado

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____
 Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Relación: _____
 Número de teléfono: _____

Guardián/Información del Persona Responsable
 Nombre: Apellido: _____ Primer: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Empleador (Nombre de la Compañía): _____ Teléfono del empleador: _____
 Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Demografía: Debido a que somos un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés), estamos obligados a obtener información específica para ayudar a servir mejor a nuestra comunidad. Favor de responder a las siguientes preguntas en su totalidad.

¿Estás sin hogar? _____ Sí _____ No ¿Alguien le proporciona refugio? _____ Sí _____ No

¿Vive usted en una vivienda pública? _____ Sí _____ No

Etnicidad (Marque si es aplicable) _____ Latino _____ Hispano _____ Negarse a contestar

Raza (marque todas las que apliquen): _____ Blanco/Caucásico _____ Asiático _____ Más de una raza _____ Veterano
 _____ Negro/Afroamericana _____ Nativo de Hawai _____ Negarse a contestar _____ Trabajador agrícola migrante
 _____ Nativo americano o de Alaska _____ Otros isleños del Pacífico _____ Trabajador agrícola estacional

Correo electrónico del paciente: _____

¿Se le ha examinado desde 1/1/2016? _____ Sí _____ No

POR FAVOR, COMPLETE AL REVERSO



Información sobre Seguros Primario:

Seguros: Sí No
Nombre de la Compañía de Seguro **Primario**: _____
Dirección de la Compañía de seguros: _____
de la Póliza: _____ Tenedor de la Póliza: _____
Relación con usted: _____ # del Grupo: _____
Medicaid: Sí No # de Identificación: _____
(Solo Medicaid) ¿Es MERCE Family Healthcare su proveedor de cuidados primarios? Sí No
Medicare: Sí No # de Identificación: _____
STAR SFS: Sí No Nivel: _____
Farmacia preferida: _____

Información sobre Seguro Secundario:

Seguro: Sí No
Nombre de la Compañía de Seguro **Secundario**: _____
Dirección de la Compañía de seguros: _____
de la Póliza: _____ Tenedor de la Póliza: _____
Relación con usted: _____ # del Grupo: _____
Medicaid: Sí No # de Identificación: _____
Medicare: Sí No # de Identificación: _____
STAR SFS: Sí No Nivel: _____
Farmacia preferida: _____

Referencia: ¿Cómo se enteró acerca de MERCE Family Healthcare? Por Favor, marque todas las que apliquen:

Médico/Dentista Servicios sociales Departamento de salud Periódico
 Directorio telefónico Internet/Red Amigo/familia Un paciente actual
 MERCE Centro Medico MERCE Centro Dental Otra feria/evento relacionado con la salud Otro _____

Asignación de Beneficios, Entrega de Información, Acuerdo de Pago, Directrices de HIPAA

Entiendo que el pago por servicios debe ser al momento de la visita a menos que se han hecho otros arreglos. Estoy de acuerdo que soy responsable por el pago completa de la cuenta y cualquier costo y honorarios asociados con la colección de esta cuenta.

Entiendo que MERCE Family Healthcare enviará mis cargos a mi compañía de seguros en mi nombre. Estoy de acuerdo con los beneficios de mi seguro asignado a MERCE Family Healthcare. Autorizo a MERCE Family Healthcare a entregar información que se considere necesaria a cualquier compañía de seguros o terceros, según las guías de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud Médicos de 1996).

Una copia de este documento es válida como el original.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Parte Responsable: _____ Fecha: _____

