



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 1/1/2021? _____

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 Hawái _____ 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 1/1/2021? _____ 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 Médico MERCE Centro Dental Otra feria/evento relacionado con la salud Otro proveedor
 MERCE Urgent Care MERCE Salud Del Comportamiento 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: _____

