



Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre completo: _____
del paciente (Apellidos) (Nombre(s))

Dirección del: _____
Paciente (Calle o Apartado Postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de casa: (____)____ **Número de Seguro Social:** _____

Teléfono celular: (____)____ **Empleador:** _____

Ocupación: _____ **Correo electrónico:** _____

¿Le gustaría inscribirse en el Portal de pacientes de Avera Chart? Sí _____ No _____

Por favor circule: Hombre Mujer

Por favor circule: Casado Viudo Divorciado
Apartado Soltero

Por favor circule: Blanco Africano/Negro Indio Americano/de Alaska
Hawaiano/Pacífico Insular Otro

Por favor circule: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Si el paciente está casado, complete lo siguiente:

Nombre del cónyuge: _____

Número de Seguro Social del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: ____/____/____

Empleador del cónyuge: _____

Teléfono principal del cónyuge: (____)____

Teléfono del trabajo del cónyuge: (____)____

Si el paciente es menor de edad o estudiante y está cubierto por el seguro de sus padres, complete lo siguiente:

Padre:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono principal: (____) _____

Empleador: _____

Numero de trabajo: (____) _____

Número de seguro social: _____

Madre:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono principal: (____) _____

Empleador: _____

Numero de trabajo: (____) _____

Número de seguro social: _____

Seguro médico primario:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del asegurado principal: _____

Nombre del empleador: _____

Número de póliza/identificación: _____

Número de grupo: _____

Relación del paciente con el suscriptor: _____

Seguro medico secundario: (Si corresponde)

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del asegurado principal: _____

Nombre del empleador: _____

Número de póliza/identificación: _____

Número de grupo: _____

Relación del paciente con el suscriptor: _____

Contactos de la paciente:

Persona a notificar:

Relación con la paciente: _____

Apellido: _____

Nombre: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Discutir la atención médica del paciente:

Citas (p. ej. fechas)	Sí	No
-----------------------	----	----

Clínico (p. ej. resultados de pruebas)	Sí	No
--	----	----

Financiero (p. ej. saldo adeudado)	Sí	No
------------------------------------	----	----

Persona a notificar 2:

Relación con la paciente: _____

Apellido: _____

Nombre: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Discutir la atención médica del paciente:

Citas (p. ej. fechas)	Sí	No
-----------------------	----	----

Clínico (p. ej. resultados de pruebas)	Sí	No
--	----	----

Financiero (p. ej. saldo adeudado)	Sí	No
------------------------------------	----	----

Firma del paciente: _____

Padre/Tutor (En casode ser menor): _____

Fecha: _____