

## Forma de Registro

### Información del Paciente

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. de Casa/Móvil: \_\_\_\_\_ Tel. secundario: \_\_\_\_\_

### Información Demográfica

Sexo:            Masculino                      Femenino            Idioma Principal: \_\_\_\_\_

**Raza: Por favor circule uno**

- Blanco/Caucásico            Negro/Africano Americano            Indio Americano/Nativo de Alaska  
Asiático            Nativo de Hawái            Isleño del Pacífico  
Más de una Raza            Otra

**Etnicidad: Por favor circule uno**

- Hispano            No-Hispano

**Fuente de recomendación: Por favor circule uno**

- Paciente de WP            Emergencia del Hospital            Sala de Parto del Hospital  
Otro Doctor/Clínica            Emergencia de Longview Regional  
Sala de Parto de Longview Regional            ETMC Gilmer            Empleado de WP  
Servicios Sociales de WP            Feria de Salud            WIC Kilgore  
WIC Longview            Organización de la Comunidad            Internet            TV/Radio  
Espectaculares/Anuncio impreso            Otro: \_\_\_\_\_

## Información de Seguro Médico

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Identificación del Asegurado/No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de SS del asegurado: \_\_\_\_\_

\*Una copia de la tarjeta del seguro necesitará estar en el expediente cada año.

Si el paciente es un menor:

Nombre del Garantizador: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Garantizador:- \_\_\_\_\_ Tel. del Garantizador: \_\_\_\_\_

El Garantizador ¿Es paciente de WP?            Si            No

## Información Adicional

Personas en el hogar (¿cuántas personas viven en SU casa?)\*: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales de SU casa\*: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_ Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Por favor circule uno

Soltero

Casado

Separado

Divorciado

Viudo

Otro

## Asignación y Liberación

**Asignación de Beneficios:** Autorizo el pago de los honorarios médicos al proveedor mencionado por los servicios profesionales prestados.

Firma: \_\_\_\_\_

**Liberación de Información:** Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_