

PROVIDENCE KODIAK ISLAND MEDICAL CENTER
REGISTRO INFORMATIVO DEL PACIENTE

FECHA _____

HORA _____

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCION POSTAL _____
DIRECCION RESIDENCIAL _____
TELEFONO HOGAR _____
SEGURO SOCIAL # _____ RELIGION _____ SEXO _____
ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDAD _____ FUMA? _____
ALERGIAS MEDICAS _____

INFORMACION MILITAR ACTIVO _____ DEPENDIENTE _____ VETERANO _____

INFORMACION DEL(A) ESPOSO(A)

NOMBRE DEL(A) ESPOSO(A) _____
EMPLEO DEL(A) ESPOSO(A) _____ TELEFONO DEL TRABAJO _____

(PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA)

NOMBRE _____ SEGURO SOCIAL # _____
DIRECCION (SI ES DIFERENTE A LA DEL PACIENTE) _____
EMPLEO _____
TELEFONO DEL TRABAJO _____ TELEFONO DEL HOGAR _____

INFORMACION DEL SEGURO (PRIMARIO)

NOMBRE DEL ASEGURADO _____
COMPANIA DE SEGURO _____
POLIZA # _____ GRUPO # _____
COMPANIA DE EMPLEO _____ OCUPACION _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION AL PACIENTE _____

INFORMACION DEL SEGURO (SECUNDARIO)

NOMBRE DEL ASEGURADO _____
COMPANIA DE SEGURO _____
POLIZA # _____ GRUPO # _____
EMPLEO _____ POSICION _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION AL PACIENTE _____

ES ELEGIBLE PARA BENEFICIOS CON KANA? _____

QUIEN ES SU MEDICO DE FAMILIA _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR:

NOMBRE _____
CIUDAD _____ ESTADO _____
RELACION _____ TELEFONO DEL HOGAR _____ TELEFONO DEL TRABAJO _____

ES ESTO UN ACCIDENTE DEL TRABAJO?

HA NOTIFICADO A SU JEFE? _____ FECHA DEL ACCIDENTE/HORA _____