

FORMULARIO DEL PACIENTE

(Título) _____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

Motivo de su visita _____

Dirección _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Móvil _____

Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento: Día ____/Mes ____/Año ____ Edad: ____ Seguro Social: ____-____-____

Sexo: Femenino Masculino Transgénero

Origen: Hispano o Latino Otro _____

Raza: Blanco Afroamerican Asiático Islas del Pacífico Indio Americano Declinar

Idioma: Inglés Español Criollo Otro _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/o Viudo/a Pareja

Estatus Laboral: *(seleccione los que apliquen)* Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Cuenta Propia
Retirado Militar Activo Estudiante Tiempo Completo Estudiante Medio Tiempo

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Yo doy voluntariamente a UHealth Jackson Urgent Care mi número de seguro social por si es necesario para identificar mi identidad y presentar cargos con mi compañía de seguros. UHealth Jackson Urgent Care seguirá las leyes federales y estatales sobre el uso y la protección de mi número de seguro social.

Estoy de acuerdo que la información presentada en este formulario está actualizada a lo mejor de mis conocimientos.

Paciente (o Parte Responsable) Firma _____ **Fecha** _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Para los pacientes con seguro de salud, tenga en cuenta que se le pedirá pagar el copago al final de su visita. Para los pacientes sin seguro de salud, se le pedirá una cuota de visita inicial de \$150 a su registro, antes de ver a un proveedor del centro de urgencias. Al final de su visita, se le pedirá que pague por los servicios médicos adicionales proporcionados durante su visita.

¿COMO SE ENTERO DE UHEALTH JACKSON URGENT CARE?

Familia/Amigos

Sitio Web

Periódico

Doctor

Facebook

Cartelera

Evento

Twitter

Televisión

Google

Anuncio en Internet

Otros _____