

Registro del Paciente - Adulto

DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

NOMBRE DEL MÉDICO		FECHA	
información del paciente (favor de imprimir)			
NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN APARTAMENTO		CUIDAD /ESTADO/ CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)		TELÉFONO CASA ()	TELÉFONO CELULAR/ PAGER ()
COMPANÍA EMPLEADORA (si es jubilado, favor de indicarlo)		TELEFONO DE TRABAJO ()	TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO
DIRECCIÓN		CONDADO	LENGUA MATERNA
DIRECCIÓN ELECTRONICA		¿LO PODEMOS CONTACTAR POR CORREO ELECTRÓNICO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
CÓDIGO DE ORIGIN ÉTNICO		CÓDIGO DE RAZA	
contacto en caso de emergencia 1		contacto en caso de emergencia 2	
NOMBRE (apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRE (apellido, nombre, segundo nombre)	
TELÉFONO CASA ()		TELÉFONO CASA ()	
TELÉFONO DE TRABAJO ()		TELÉFONO DE TRABAJO ()	
TELÉFONO CELULAR ()		TELÉFONO CELULAR ()	
RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> OTRO		RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> OTRO	
responsable de la cuenta - Si el paciente y el garante de la cuenta son los mismos - por favor diríjase a la sección de seguro			
RESPONSABLE DE LA CUENTA (parte responsable)		RELACIÓN <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN APARTAMENTO		CUIDAD /ESTADO/ CÓDIGO POSTAL	CONDADO
FECHA DE NACIMIENTO			
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COMPANÍA EMPLEODORA(SI ES JUBILADO,FAVOR DE INDICARLO)	TELÉFONO CASA ()	TELÉFONO DE TRABAJO ()
		TELÉFONO CELULAR/ PAGER ()	
seguro primario y secundario (adjunte copia de la parte de adelante y atras de su tarjeta de seguro)			
COMPANÍA DE SEGURO PRIMARIA		NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN	CO-PAGO
FECHA EN EFECTO	RELACIÓN <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> MADRE/PADRE <input type="checkbox"/> UNO MISMO	<input type="checkbox"/> OTRO	
COMPANÍA DE SEGURO SECUNDARIA		NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN	CO-PAGO
FECHA EN EFECTO	RELACIÓN <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> MADRE/PADRE <input type="checkbox"/> UNO MISMO	<input type="checkbox"/> OTRO	
autorización para liberación de información			
<p><i>Certifico que la información que proporciono aplicable para pago bajo el Título XVIII del Social Security Act es correcta.</i></p> <p>Autorizo a esta identidad liberar cualquier información, a mi compañía de seguro o a sus agentes designados, relacionada con mi cuidado médico (físico y/o psicológico), consejos, tratamiento o suministros recibidos con el propósito de administración, revisión, investigación o evaluación del cubrimiento de pago y uso de servicios. Certifico que la copia de esta información es válida como su original. Notificaré por escrito a esta identidad de cualquier información que deseo no sea revelada.</p>			
FIRMA			FECHA
designación de beneficiarios			
<p>Autorizo la designación de beneficiarios pagaderos a DUPAGE MEDICAL GROUP y/o sus designatarios de servicios médicos y suministros por el gobierno y/o cualquier otra tercera identidad. Comprendo que me hago responsable del pago de todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos.</p>			
autorización de cargos adicionales			
<p>En el caso de que cualquier demanda o acción sea tomada para hacer el cobro de esta cuenta o cualquier porción de ella, el paciente/responsable será responsable de todos y cualquier gasto, no limitados a tarifas de abogado, costos de la corte, tarifas de cobros, interés y cualquier otro costo adicional a esta acción que puedan producirse.</p>			
autorización de tratamiento			
<p>Estoy de acuerdo con cualquier examinación, tratamiento y procedimientos que pueden producirse durante visitas de oficina, incluyendo tratamiento de emergencia considerado como necesario por parte del médico y/o sus empleados.</p>			
FIRMA			FECHA



At DuPage Medical Group (DMG), we are united with one common goal – to care for you and your family. As part of this goal, DMG is focused on meeting Meaningful Use objectives to improve clinical quality and patient outcomes. “Meaningful Use” is a government program to ensure that healthcare professionals are utilizing their Electronic Medical Record (EMR) system efficiently to improve healthcare quality and patient safety.

A core Meaningful Use objective is to record patient demographics: preferred language, gender, race, ethnicity, and date of birth. The Race and Ethnicity categories below are defined by the Federal Office of Management and Budget (OMB) and the United States Census Bureau.

Please use the lists below when indicating your Race and Ethnicity:

RACE

- R1** - American Indian or Alaska Native
- R2** - Asian
- R3** - Black or African American
- R4** - Native Hawaiian or Pacific Islander
- R5** - White
- R9** - Other

ETHNICITY

- 1** - Hispanic or Latino ethnicity
- 2** - Non-Hispanic or Latino ethnicity

DuPage Medical Group understands that this is very personal and sensitive information. We want to assure you that this information will only be used as part of the Meaningful Use objectives.

