

Camai Community Health Center, Inc.

PO Box 211, Naknek, Alaska 99633

Phone: (907) 246-6155 Fax: (907) 246-6158

Forma de Registro

Fecha de hoy:		Favor demostrar su tarjeta de identificacion	
Nombre del Paciente:		Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
		Peso de nacimiento: (si es menor de un ano) _____ libras	
<i>Appellidos</i>	<i>Nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	
Fecha de nacimiento:	No de SS:	Estao Civil: S C D SL	
Etnica:	<input type="checkbox"/> Indigena de Alaska/Norte America <input type="checkbox"/> Caucasico <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Indigena de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro		
Hispano: <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
Comunidad:		Tiempo viviendo alli?	
Pais de Origen:			
Dirrecion:			
Ciudad:	Estado:	Codigo de Zip:	
No Telefono:	No Tel Trabajo:		
Dirrecion Permenente:			
Ciudad:	Estado:	Codigo de Zip:	
Contacto de Emergencias:		Relacion:	
No de Telefono:	Dirrecion:		
Ciudad:	Estado:	Codigo de Zip	
<input type="checkbox"/> <i>Apuntalo aqui si el contacto de emergencias es el mismo que pariente mas cercano</i>			
Pariente mas cercano:		Relacion:	
No de Telefono:		Direccion:	
Ciudad:	Estado:	Codigo de Zip:	
Estatus de empleo:		Militar:	
Empleador/canneria:		Barco de pescar:	Wk #
Direccion de empleador:			
Ciudad:	Estado:	Codigo del Zip:	
Profession:	Nombre del marido:	Profession del marido:	

Patient Registration Continued

Si paciente es menor de edad:

Nombre de los padres:
Numero de seguro social del padre responsable:
Direccion y no de telefono:
Relacion al menor:
Informacion de facturacion para el meno:

Informacion de Seguro del Salud: Favor de demostrar su tarjeta de sguro

Compania de Seguro primaria

Nombre del Miembro:
Relacion al miembro:
Nombre del Seguro:
Numero del Grupo: Numero del policy:
Fecha que comienza el seguro:

Compania de Seguro secundaria

Nombre del Miembro:
Relacion al miembro:
Nombre del Seguro:
Numero del Grupo: Numero del policy:
Fecha que comienza el seguro:

Autorizacion

Yo doy consentimiento a todo tratamiento, terapia, rayos-x, laboratorio, y otro procedimientos que seran recomendados por el practicante, o qualquier persona que se designe.

Yo doy consentimiento a la clinica entregar qualquier informacion incluyendo diagnosis, documentos de tratamiento, o exámenes que me han realizado, a mi compania de seguro. Yo autorizo y requiero que mi compania de seguro paga directamente a Camai Community Health Center, Inc., los beneficios del seguro que me deben. Entiendo que mi seguro posiblemente pagaria menos de toda la cuenta de servicios, estoy de acuerdo de ser responsable de la paga para todos los servicios que me han realizado a mi o a mis dependientes.

X

Firma del paciente o sus padres

Fecha