

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ORCHID HEALTH

(Escriba en letra de molde)

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

*Nombre - Segundo nombre - Apellidos*

Nombre preferido/nombre por el que se le conoce: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Sexo legal: Masculino/Femenino/Otro Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de comunicación preferido: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Raza: (Puede elegir más de una si procede) ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Origen hispano o latino

Etnia: ☐ No hispano/ latino ☐ Hispano/latino ☐ Otro

Contacto de emergencia Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Viudo(a) ☐ Otra pareja

Situación laboral: ☐ Trabaja ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Desempleado intencionado

¿Cuál es (o ha sido) su ocupación habitual? (tipo de trabajo) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

(traiga su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

Nombre del seguro secundario (si procede): \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

### PERSONA financieramente responsable de las facturas y del pago:

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FEC. NAC.: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

**\*\* ÚNICAMENTE PACIENTES VA DEBEN completar esta sección \*\***

Número de Seguridad Social o Número DBN de Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_