

CLINICA MEDICA MID COAST Formulario de Registrar

Numero de Paciente _____ (Uso de la Oficina)

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

Nombre de Paciente				Numero de Telefono de la Casa			La farmacia	
Dirección de la Calle de Casa				Cuidad, Estado, Codigo Postal				
Dirección de envío de Correo				Cuidad, Estado, Codigo Postal				
Fecha de Nacimiento	Raza	Edad	Sexo	El Número del seguro social	El I Número de la Licencia de manejar		Estado Marital S C D Sep V	
El Empleado del Paciente			La ocupación			Número Telefónico del Trabajo		
Lla Dirección de la Calle del Trabajo				Cuidad, Estado, Codigo Postal				
El Nombre de su Esposo (a)		Fecha de Nacimiento		El Número del seguro social		El Número de la Licencia del Manejar		
Empleador de su Esposo (a)			Dirección del Lugar de Empleo				Número Telefónico del Trabajo	

La INFORMACION del SEGURO – presenta por favor su tarjeta del seguro al escritorio de enfrente

	La Compañía del seguro	El asegurado	El Número del certificado	El Número del Grupo
1				
2				
Más cercano Pariente Local que no Vive Con Usted			La dirección	
			El Número telefónico	

SI PACIENTE ES UN MENOR O UN ESTUDIANTE

El Nombre del Padre		La calle, la Ciudad, el Estado, Codigo Postal			El Número Telefónico de la Casa	
Empleador del Padre	Teléfono del Trabajo	El Número del seguro social	Número de la Licencia de Manejar		Fecha de Nacimiento	
Nombre de la Madre		La calle, la Ciudad, el Estado, Codigo Postal			El Número Telefónico	
Empleador de la Madre	Teléfono del Trabajo	El Número del seguro social	Número de la Licencia de Manejar		Fecha de Nacimiento	

Yo por la presente autorizo Mid Coast Medical Clinic, Ayudantes de Médico y/o personal para discutir mi información protegida de salud con:

El nombre	La relación	El Número telefónico

La firma de Paciente o Representante Legalmente Autorizado

La fecha

La firma de Testigo

La fecha