Lifespan HEALTH

NAME:_____

CHART #:_____

DOB:_____

DATE:_____

LA FORMA DEL REGISTRO

Today's Date: _____ Review Date: _____

SOLO PARA PERSONAL DE REGISTRO - **NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO**

¿Cuales de estos centros ha visitado usted? : (Por favor marque los centros que aplican)

☐ Savannah Ubicación 765 Florence Rd. ☐ Savannah Ubicación 175 Enoch Blvd. ☐ Adamsville Ubicación 335 US-64

☐ Savannah Ubicación 150 East End Dr ☐ Clifton Ubicación 207 Main St ☐ Selmer Ubicación 181 S Y Square

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social

Dirección	Ciudad	Estado	Código	Condado
Dirección Postal/ PO Box	Ciudad	Estado	Código	Condado

Teléfono de Casa ( )	Teléfono del Trabajo ( )	Fecha de Nacimiento	Sexo	Núm. de Licencia de Conducir

Correo Electonico:

Relación Con la Persona Responsable
☐ Uno mismo ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro

Estado Civil
☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a

Raza
☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Japonés ☐ Vietnamita
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Guameño o Chamorro ☐ Nativo Hawaiano ☐ Samoano ☐ Otro Isleño del Pacífico
Más de Una Raza, no declarado/desconocido/otro,

Idioma Principal
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

Contacto de Emergencia	Teléfono de Emergencia

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (Escribir la información de la persona responsable de pagar su cuenta)

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número del Seguro Social

Dirección	Ciudad	Estado	Código	Condado
Dirección Postal/ PO Box	Ciudad	Estado	Código	Condado

Teléfono de Casa ( )	Teléfono del Trabajo ( )	Fecha de Nacimiento	Sexo	Núm. de Licencia de Conducir	Estado Civil

Nombre del Empleador	Dirección y Teléfono del Empleador

AGRICULTOR

☐ No ☐ Temporal ☐ Emigrante ☐ Otro
☐ Campesino Empleado ☐ Campesino Desempleado

☐ Con Hogar ☐ Sin Hogar ☐ Transitorio ☐ Otro
☐ Viviendo con Muchas Personas ☐ En la Calle

COMPAÑÍA DE SEGURO

Seguro Principal	Número de Identificación	Número del Grupo	Dirección de la Compañía de Seguro
Nombre del Asegurado	Empleador del Asegurado	Relación con la Persona Responsable ☐ Uno Mismo ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro	
Seguro Segundario	Número de Identificación	Número del Grupo	Dirección de la Compañía de Seguro
Nombre del Asegurado	Empleador del Asegurado	Relación con la Persona Responsable ☐ Uno Mismo ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro	