

Westchester Medical Center Advanced Physician Services, PC



**Westchester
Medical Center**
Advanced Physician
Services
Westchester Medical Center Health Network

REGISTRO DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

Información del Paciente

Paciente Apellido		Nombre	Inicial del Segundo nombre	Nombre anterior
Fecha de nacimiento	Núm. Seguro Social	Sexo [] Hombre [] Mujer [] Otro	Estado Civil [] Soltero/a [] Casado/a [] Divorciado/a [] Viudo/a	
Dirección (número de apartamento)		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Preferido [] Home [] Cell [] Work () -		Teléfono Secundario [] Home [] Cell [] Work () -		Tercer Teléfono [] Home [] Cell [] Work () -
Correo Electrónico:			¿Podemos enviar una invitación al portal del paciente a su dirección de correo electrónico? [] Si [] No [] Actualmente un usuario del portal	
Nombre del contacto de emergencia		Teléfono de contacto de emergencia	Relación con el Paciente	

Información del Seguro

Seguro Primario (Nombre de la compañía de seguro)	Núm. de la Poliza	Núm. del grupo
El asegurado	Fecha de nacimiento	Relación con el Paciente
Seguro Secundario (Nombre de la compañía de seguro)	Núm. de la Póliza	Núm. del grupo
El asegurado	Fecha de nacimiento	Relación con el Paciente

Otra Información

Médico de atención primaria	Núm. de telefono	Cuidad	Estado
Farmacia Preferida	Núm. de telefono	Cuidad	Estado
Laboratorio Preferida	Núm. de telefono	Cuidad	Estado

Las agencias federales de salud recomiendan la recopilación de la siguiente información.
Esta información se usa para controlar y mejorar la calidad de la atención que se le proporciona a todos los pacientes.

Raza: [] Indígena Norte Americano o Alaska Nativo [] Asiático [] De color o Afroamericano [] Blanco [] Otro [] Negarse a responder
Etnicidad: [] Hispano o Latino [] No Hispano o Latino [] Negarse a responder
Idioma Preferido: [] Inglés [] [] Otro: _____ [] Negarse a responder

Firma del Paciente:	Fecha:
---------------------	--------