CENTRAL VIRGINIA SERVICIOS DE SALUD REGISTRACION

¿QUIÉN ES RESPONSIBLE PARA LA FACTURA?

NOMBRE

PACIENTE / GARANTE INFORMACIÓN

3. NOMBRE

4. APELLIDO

5. DIRECCIÓN (P.O. BOX)

6. DIRECCIÓN (911 FISICO)

7. CÓDIGO

8. CIUDAD | CONDADO

9. ESTADO

10. TELÉFONO
(____)____-

11. NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL

12. SEXO
(CÍRCULO UNO) MASCULINO FEMENINO

13. FECHA DE NACIMIENTO
__ __/____/____

15. MARITAL ESTADO
(CÍRCULO UNO) (S) SENCILLO (M) CASADO (3) DIVIORCIADO
W) VUIDO (S) SEPARADO (U)DESCONOCIDO

17. ESTADO DE EMPLEO
(CÍRCULO UNO)
(1) EMPL COMPLETO / (2) EMPL TIEMPO PARCIAL
(3) DESEMPLEADO / (4) POR CUENTA PROPIA
(5) JUBILAR / (6) MILITAR DE SERVICIO ACTIVO
(F) ESTUDIANTE COMPLETA / (P) ESTUDIANTE TIEMPO PARCIAL

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

PACIENTE #	
A/R ACCT #	
CHART #	
SLIDE TYPE	COMPLETED BY:

18.* EMPLEO

DIRECCIÓN

CIUDAD /ESTADO/ CÓDIGO

OCUPACIÓN

19. TELÉFONO DEL EMPLEO
(____)____-

21.* CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

DIRECCIÓN

CIUDAD /ESTADO / CODIGO

TELÉFONO
(____)____-

RELACIÓN

23.* RAZA
(CÍRCULO UNO) (H) HISPANO
(O) OTRO-NO BLANCO
(U) DESCONOCIDO

26. MÉDICO PRIMARIO

31.* SEGURA
PROVEER COPIA DE LA CARTA POR FAVOR
SI NO CARTA, LLENAR DE ATRAS LA FORMA

INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE LA FAMILIA

CÓNYUGE	MEDIO	APELLIDO	SEGURIDAD SOCIAL #	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO / GENERO	RAZA
NIÑO	MEDIO	APELLIDO	SEGURIDAD SOCIAL #	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO / GENERO	RAZA