

Bluestone Physician Services - Formulario de Inscripción de Pacientes

Nombre del Paciente/Información: *Por favor, utilice el nombre legal completo*

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ M F Seguridad Social: _____ - _____ - _____

Comunidad: _____ Cuidado de Memoria Vivienda Asistida

Medicamentos Gestionado por: Personal de la Comunidad Familia/Cuidador Uno mismo/Paciente

Raza/Origen Étnico: *Elija una o más* indio EE.UU. o Alaska Asiática Negro o Afroamericano
 Hispano o Latino Hawai/Islands del Pacífico Nativo blanco Rehusó Desconocido

Primer Idioma: _____ País de Origen: _____

Servicios de interpretación necesitados

Información sobre el seguro: Medicare ID #: _____

Nombre del Plan Primario: _____

Política Primaria ID #: _____ Grupo Primaria #: _____

Plan secundario Nombre: _____

ID Secundaria Política #: _____ Grupo Secundario #: _____

Cuidado de la salud que toma las decisiones: *Proporcionar copia de la Directiva Cuidado de la Salud, POA Médico o tutela* *Sin Representante Legal, salud cuidado POA Directiva o médico:*

Nombre _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono Primario #: _____ Teléfono Secundario #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electronico: _____

Contacto de Facturación: *Igual que el tomador de decisiones Salud*

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono primario #: _____ Teléfono secundario #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Alergias: *Especificar las Reacciones*
