



For Refuah Office Use: Medical Record #: _____ Date: ____/____/____

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre de Soltera de Madre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Acceder al Web Si No

Número de Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Macho Hembra

Idioma primario que se habla: _____

En caso de una emergencia, contacte (que no sea el paciente): _____

Número de Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

Relación con el paciente: _____

Raza: Blanco Moreno o Afro Americano Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska
 Nativo de Hawai u otras islas del Pacifico Rehúsa Reportar

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

Diversidad (Marque todo lo que aplique):

____ Discapacitado ____ Discapacidad Visual ____ Discapacidad Auditiva ____ Discapacidad Cognitiva

Estado de empleo:

____ Empleado a tiempo completo. Nombre de Empleador _____

____ Empleado a tiempo parcial. Nombre de Empleador _____

____ No Empleado

____ Empleo Independiente

____ Jubilado

____ Servicio Militar Activo

____ Reservado para Asignación Nacional

____ Veterano

728 North Main Street
5 Twin Avenue
Spring Valley, NY 10977
100 Rt 59-Suite 105
Suffern, NY 10901
Tel: 845 354 9300
Fax: 845 354 3305
refuahhealthcenter.com

Continuity of care.



Trabajador Migrante: No un Trabajador Agrícola Migrante Temporero

Parte/Partes Responsables:

Nombre de persona(s) responsable(s) por esta cuenta:

Numero de Teléfono: (____) _____

Celular: (____) _____

Dirección: _____

Relación al paciente: _____

Nombre de Farmacia y Dirección: _____

Información de Seguro:

Tengo seguro (favor de proveer una copia de su tarjeta de seguro a Refuah)

Nombre de Seguro Primario: _____ ID# _____

Dirección de Seguro: _____

Nombre de Seguro Secundario: _____ ID# _____

Dirección de Seguro: _____

No tengo seguro y me gustaría hacer pagos al usar el Programa de la Escala Tarifaria Progresiva.

Autorización:

Al firmar este formulario, yo atestiguo que toda la información mencionada arriba es exacta y fidedigna en lo mejor de mi conocimiento y creencia.

X _____
Firma del paciente o representante legalmente autorizado

X _____
Fecha

X _____
Firma de Testigo

X _____
Fecha

728 North Main Street
5 Twin Avenue
Spring Valley, NY 10977
100 Rt 59-Suite 105
Suffern, NY 10901
Tel: 845 354 9300
Fax: 845 354 3305
refuahhealthcenter.com

Continuity of care.