



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201  
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

**REGISTRACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS**

*(Por favor escriba legiblemente)*

**INFORMACION DEMOGRÁFICA:**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Otros Nombres: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre que prefiere? (Apodo, etc.) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de Contacto que Prefiere:  Celular  Casa  Trabajo

¿Cómo podemos contactarle?  Mensaje de Texto  Correo Electrónico  Teléfono  Correo

¿Podemos dejar mensajes confidenciales de correo de voz en su teléfono?  Sí  No

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ (Utilizado para su privacidad de identidad en NUNM y solo con ese propósito)

**La siguiente información que proporcione nos ayuda a servirle a usted y otros miembros de la comunidad.**

¿Cuál es el sexo que fue asignado(a) cuando nació?  Masculino  Femenino  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Con cuál género se identifica?  Masculino  Femenino  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Cuál pronombre prefiere?  El  Ella  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete?  Sí  No Idioma Principal: \_\_\_\_\_

¿Está sin hogar?  Sí  No  Estoy a riesgo de estar sin hogar  Vivienda Transitoria  Viviendo en un albergue

¿Trabajador Temporal o de Migrante?  Temporal  Migrante  Ninguno

Grupo Étnico (Elija Uno):  Hispano  Non-Hispano  Otro \_\_\_\_\_

Raza (Elija todo lo aplicable):  Asiática  Negra  Blanca  Nativa de Alaska  Islas del Pacifico  
 Nativa Americana  Otra \_\_\_\_\_

¿Es usted un veterano de los EE.UU.?  Sí  No

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas Por Semana: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo (Elija todo lo aplicable):  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Sin Empleo  Retirado(a)



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201  
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

- Temporal     Trabajo por mi propia cuenta     Estudiante (Tiempo Completo)     Estudiante (Tiempo Parcial)
- Estudiante de NUNM     Empleado(a) de NUNM

**PROVEEDOR MÉDICO DE CABECERA:** *(Por favor elija una opción de las siguientes):*

Quiero establecer cuidado médico de atención primaria en los Centros de Salud de NUNM.

Solo visito NUNM para recibir cuidado médico adjunto/adicional.

    Mi Doctor Médico de Cabecera es: \_\_\_\_\_

    Localizado en (Nombre de la clínica): \_\_\_\_\_

No tengo un doctor médico de cabecera y no quiero establecer cuidado médico de atención primaria con NUNM en este momento.

*\*Por favor tome en cuenta: Unos servicios provistos por NUNM requieren que el paciente este establecido con un doctor médico de cabecera. Estos servicios incluyen cualquier servicio de especialidad, incluyendo, pero no limitado por cuidado de cáncer, terapia intravenosa, medicina física, y la homeopatía.*

OTROS PROVEEDORES (ESPECIALISTAS):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** *(La persona que NUNM llamará en caso de una emergencia)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ ¿Tutor legal?     Sí     No

**FIADOR:** *(La persona que es financieramente responsable por la cuenta):*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Genero:     M     F     Otro    Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Idioma Principal del Fiador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO:** *(Por favor proporcione su información de seguro médico abajo)*

El Departamento de Facturación de los Centros de Salud de NUNM requiere que **todas** las coberturas de seguros médicos sean pre-verificadas (7 días hábiles) antes de que podamos facturar por usted. Si este proceso no se ha completado antes de la fecha de su cita, nosotros le someteremos la documentación de su cita a su compañía de seguro médico. Se le dará



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201  
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

cualquier descuento aplicable a su consulta. **Por favor esté preparado(a) para presentar su tarjeta de seguro médico a la recepción antes de cada cita.**

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos del seguro médico: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# de Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

# de Identificación del Suscriptor: \_\_\_\_\_

**\*\* Aunque NUNM no está contractado con Medicare, es nuestra póliza recaudar toda la información sobre coberturas que el paciente posee \*\***

¿Tiene Medicare?  Sí  No      ¿Si eligió "sí," es Medicare su seguro médico principal?  Sí  No

Plan de Medicare (elija todo lo aplicable):  Parte A  Parte B  Advantage (Parte C)

# de Identificación del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva (Si sabe): \_\_\_\_\_

**OPCIONAL:** Yo autorizo a los siguientes individuos para que hagan citas por mi cuenta en NUNM:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION:** Yo certifico que la información antedicha es verdadera y correcta según entendido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, Madre, o Tutor Legal      Fecha

Gracias por completar esta forma. Por favor tómese un momento para reconocer sus derechos y responsabilidades como paciente de los Centros de Salud de NUNM.

**Derechos y Responsabilidades del Paciente**

La documentación entera de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de NUNM está disponible para revisar en la sala de espera del Centro de Salud o puede ser solicitada en la recepción. También puede solicitar una copia.

**AUTORIZACIÓN:** Yo certifico que he revisado y entendido mis derechos y responsabilidades.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, Madre, o Tutor Legal      Fecha