



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

REGISTRACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS - LIMITADO

(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)

Temporal Trabajo por mi propia cuenta Estudiante (Tiempo Completo) Estudiante (Tiempo Parcial)

Estudiante de NUNM Empleado(a) de NUNM



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

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 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: _____

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