



**MEDISERVE**  
**WALK-IN CLINIC**

A MANA Clinic

**REGISTRO DE PACIENTES**

*www.mana.md*

Internal Use Only



**mana**  
medical associates

**Información del paciente – Por favor escriba con letra de imprenta**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Marque uno por favor:  Casado(a)  Soltero(a)  Parejo(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Raza:  Blanco  África América  Asia  Nativo de Hawai / otras Islas del Pacífico  
 Nativo Americano / Alaska Raza  Otros \_\_\_\_\_

Etnia (Origen):  No Hispano o Latino  hispanos o latinos preferidos (Primaria)  Idioma: \_\_\_\_\_

Quién es su médico general \_\_\_\_\_

Farmacia preferida \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

**autorización de correo electrónico**

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico anterior, estoy de acuerdo para permitir MANA en contacto conmigo por correo electrónico con e-boletines, recordatorios de bienestar, la salud de noticias y actualizaciones sobre los servicios relacionados con la salud proporcionados por MANA. Entiendo que MANA no compartirá la información proporcionada con las empresas de comercialización exterior.

**INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR**

¿El trabajo de hoy visite relacionados?  Si  No

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**REFERIDO (A)**

Si usted es un paciente nuevo, ¿cómo se enteró de la clínica o el médico?

01 <input type="checkbox"/> Recomendado(a) por amigo o familiar	08 <input type="checkbox"/> Periódico o Revista
02 <input type="checkbox"/> Washington Regional Medical Center	09 <input type="checkbox"/> Empleador
03 <input type="checkbox"/> Guía telefónica/ Páginas amarillas telefónicas	10 <input type="checkbox"/> el Internet o el sitio Web de la clínica
04 <input type="checkbox"/> Mandado(a) a por otro médico _____	11 <input type="checkbox"/> La vi de la calle / ubicación de la clínica
05 <input type="checkbox"/> Guía de planes de seguro	12 <input type="checkbox"/> Otro lugar: Lostelo por favor _____
06 <input type="checkbox"/> Comité de Bienvenida o Cámara de Comercio	13 <input type="checkbox"/> Tratado(a) por médico en el hospital
07 <input type="checkbox"/> Feria de Salud de su compañía o comunidad	14 <input type="checkbox"/> Paciente retornado/ No aplica

➔➔ Llenar el dorso del formulario, por favor ➔➔

**PERSONA QUE ES RESPONSABLE PARA EL PAGO**

Yo/ Mi esposo (a) (sáltese a la próxima sección) O: (Liste padre, madre, tutor legal, u otro)

Parte de responsabilidad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO**

*Por favor dé una copia de su tarjeta de seguro a la recepcionista*

1. Si usted está cubierto por uno de los siguientes planes de seguro, por favor marque el plan adecuado:

- Aetna       AMCO (or AMCO affiliate)       Cigna       Blue Cross Blue Sheild
- Novasys Choice Network / AR HealthNet       Tyson       United Healthcare       Qual-Choice

2. Si usted tiene uno de los planes de seguro antes mencionados, por favor complete el siguiente para la persona que tiene el seguro.

ID# \_\_\_\_\_ GP# \_\_\_\_\_ telefono# \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Yo     Esposo     Hijo     Hijastro     Otro

**AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ACUERDO FINANCIERO**

Yo por la presente autorizo que Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA) le de a mi(s) compañía(s) de seguro toda la información sobre mi caso que requieren, y por la presente asigno a los médico(s) todos los pagos para servicios médicos que me han dado.

Yo comprendo que tengo la responsabilidad de pagar todo que no paga el seguro. Acepto pagar cualquier pago compartido y cantidad debida al tiempo de recibir los servicios.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONFIRMACIÓN DE PATIENT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

He recibido una copia de la Patient Notice of Privacy Practices de Medical Associates of Northwest Arkansas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si este formulario de confirmación fue completado por un representante personal, un tutor, o un padre, por favor escriba con letra de imprenta su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, y relación con el paciente aquí:

\_\_\_\_\_

Si quiere autorizar que la clínica MANA le dé su información a **un familiar, un esposo(a), o un representante personal**, por favor complete un **Individual Authorization Form**, que es proveído por la recepcionista.