

Whatley Health Services, Inc.
Registro de Paciente/Formulario de Actualización

Por favor Escriba claro

Apellidos		Nombres				
Dirección		Ciudad		Estado		Código
NSS	Fecha de Nacimiento	Másculino Femenino	Asiatico	Hispano	Otro	Estado Nupcial
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Contacto de Emergencia	Teléfono de Contacto de Emergencia		Salario Anual	
Por favor seleccione: Hispano ___ si o ___ no	¿Necesita un intérprete? ___ si o ___ no	¿Usted necesita asistencia de vivienda pública? ___ si o ___ no	¿Es usted Veterano de los Estados Unidos? ___ si o ___ no			
Información de Seguro Médico Primario						
Seguro Primario						
Número de Identificación de Seguro						
Número de Grupo de Seguro						
Fecha de Expiración						
Poliza (Nombre del Asegurado)				SSN	Esposo Hijo Usted	
Información de Seguro Médico Secundario						
Seguro Secundario						
Número de Identificación de Seguro						
Número de Grupo de Seguro						
Fecha de Expiración						
Poliza (Nombre del Asegurado)						
Información De Salario						
Nombre de Empleo						
Dirección de Empleo						
Número de Teléfono				Salario o Frecuencia de Pago		
Si no esta trabajando, por favor declare como usted se mantiene: (marque todo lo que aplique)						
Compensación de Desempleo		Cantidad	\$			
Soporte para Hijos		Cantidad	\$			
AFDC		Cantidad	\$			
Beneficios de Seguro Social		Cantidad	\$			
Otro		Cantidad	\$			
Información del Hogar						
Por favor escriba el nombre de todos los que viven en su casa y su salario.						
Nombre		Parentezco		Salario	\$	
Nombre		Parentezco		Salario	\$	
Nombre		Parentezco		Salario	\$	

Hay un cargo mínimo de \$20.00 al momento de registrarse en la clínica. Para determinar si califica para un descuento basado en su salario, por favor muestre verificación de salario.

Hay un cargo mínimo de \$20.00 al momento de registrarse en la clínica. Para determinar si califica para un descuento basado en su salario, por favor muestre verificación de salario.