

**PATIENT REGISTRO DE PACIENTE PPAU**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
PRIMER MEDIO APELLIDO Numero De Seguro Social

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mes/Dia/Año Sexo: \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

# De Contacto \_\_\_\_\_ Otro # De Contacto \_\_\_\_\_

Hispano/Latino Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Servicios De tranduccion Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Seleccione Uno** Anglo/Blanco Afro- Americano/Negro Asiatico Indio Americano Isleño Pacifico  
De Alaska  
Mas De Una Raza Otro \_\_\_\_\_

Medio De Contacto Preferido? Correo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido Parentesco

Ingreso Anual \_\_\_\_\_ Numero De Dependes \_\_\_\_\_

Como Se Entero De Nosotros? Paginas Amarillas Anuncios Radio Presentacion/  
Educaional Amistades/Familiares

Otro:

Yo certifico que al mejor de mi conocimiento, la información antedicha es verdad. Pido que una persona autorizada por PPAU proporcione la evaluación apropiada, la prueba y el tratamiento. Asigno mis beneficios de seguro a PPAU. Acuerdo pagar todas los cargos no pagados por la compañía de seguros. Autorizo a PPAU para someter el todo o una parte del expediente del paciente a cualquier persona o a la organización obligada para el pago.

Firma De paciente: \_\_\_\_\_

**Si usted tiene aseguransa medica porfavor enseñe al recepcionista**