

PATIENT PRE-REGISTRATION FORM - SPANISH
FORMULARIO DE PRE-REGISTRO First Hill Cherry Hill Ballard Issaquah Edmonds
Expected Date of Service: _____ Please select type of service: Diagnostic OB Surgery Clinic
Fecha planeada para el servicio _____ **Especifique el servicio** Diagnóstico Obstetricia Cirugía Clínica
Patient Information/Información del paciente

LAST NAME/ APELLIDO		FIRST NAME/ NOMBRE		MIDDLE NAME/ SEGUNDO NOMBRE	
ALIAS OR MAIDEN NAME/ ALIAS O APELLIDO MATERNO		SEX/ SEXO	BIRTHDAY DATE/ FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY#/ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARITAL STATUS/ ESTADO MARITAL
STREET ADDRESS/ DIRECCIÓN		CITY/ CIUDAD		STATE/ ESTADO	ZIP CODE/ ZONA POSTAL
LANGUAGE/ IDIOMA		NEED INTERPRETER/ ¿NECESITA INTÉRPRETE?		ETHNICITY/ GRUPO ÉTNICO	RACE/ RAZA
HOME PHONE/ TELÉFONO DE LA CASA		WORK PHONE/ TELÉFONO DEL TRABAJO		CELL PHONE/ TELÉFONO CELULAR	RELIGION/ RELIGIÓN
EMPLOYER NAME/ NOMBRE DE SU EMPLEADOR		EMPLOYMENT STATUS/ ESTATUS DE EMPLEO		RETIREMENT DATE (IF APPLICABLE)/ FECHA DE JUBILACIÓN (SI ESTÁ JUBILADO)	OCCUPATION/ OCUPACIÓN
PRIMARY CARE PROVIDER NAME/ NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA		PROVIDER CARE PHONE# / TELÉFONO DEL MÉDICO DE CABECERA		REFERRED?/ ¿FUE UD. REFERIDO(A)?	REFERRING PROVIDER NAME/ NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD QUE LO REFIRIÓ#

Guarantor (Person Responsible for Bill) / Garante (persona responsable del pago) Self/ **Yo mismo**

LAST NAME/ APELLIDO		FIRST NAME/ NOMBRE		MIDDLE NAME/ SEGUNDO NOMBRE		RELATIONSHIP TO PATIENT/ PARENTEZCO CON EL PACIENTE	
ALIAS OR MAIDEN NAME/ ALIAS O APELLIDO MATERNO		SEX/ SEXO	BIRTHDAY DATE/ FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY#/ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARITAL STATUS/ ESTADO MARITAL		
STREET ADDRESS/ DIRECCIÓN		CITY/ CIUDAD		STATE/ ESTADO	ZIP CODE/ ZONA POSTAL		
EMPLOYER NAME/ NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCCUPATION/ OCUPACIÓN			EMPLOYMENT STATUS/ ESTATUS DE EMPLEO		

Insurance Information/ Información de la compañía de seguros
Primary Insurance/ Seguro principal

INSURANCE COMPANY NAME/ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	GROUP NUMBER/ NÚMERO DEL GRUPO	SUBSCRIBER ID NUMBER/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITO	INS. ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
SUBSCRIBER'S NAME/ NOMBRE DEL SUSCRITO	SOCIAL SECURITY #/ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	BIRTH DATE/ FECHA DE NACIMIENTO	SEX/ SEXO	RELATIONSHIP TO PATIENT/ PARENTEZCO CON EL PACIENTE
SUBSCRIBER'S EMPLOYER NAME/ NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL SUSCRITO	SUBSCRIBER EMPLOYMENT STATUS/ ESTATUS DE EMPLEO DEL SUSCRITO	HOME PHONE/ TELÉFONO DE LA CASA	WORK PHONE/ TELÉFONO DE SU TRABAJO	

Secondary Contact/Contactos secundarios

INSURANCE COMPANY NAME/ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	GROUP NUMBER/ NÚMERO DEL GRUPO	SUBSCRIBER ID NUMBER/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITO	INS. ADDRESS/ DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
SUBSCRIBER'S NAME/ NOMBRE DEL SUSCRITO	SOCIAL SECURITY #/ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	BIRTH DATE/ FECHA DE NACIMIENTO	SEX/ SEXO	RELATIONSHIP TO PATIENT/ PARENTEZCO CON EL PACIENTE
SUBSCRIBER'S EMPLOYER NAME/ NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL SUSCRITO	SUBSCRIBER EMPLOYMENT STATUS/ ESTATUS DE EMPLEO DEL SUSCRITO	HOME PHONE/ TELÉFONO DE LA CASA	WORK PHONE/ TELÉFONO DEL TRABAJO	

Emergency Contact/Contactos de emergencia

PRIMARY CONTACT/ CONTACTO PRINCIPAL	RELATIONSHIP TO PATIENT/ PARENTEZCO CON EL PACIENTE
HOME PHONE/ TELÉFONO DE LA CASA	EMERGENCY/ EMERGENCIA
SECONDARY CONTACT/ CONTACTO SECUNDARIO	RELATIONSHIP TO PATIENT/ PARENTEZCO CON EL PACIENTE
HOME PHONE/ TELÉFONO DE LA CASA	EMERGENCY/ EMERGENCIA
CONTACT YOUR PCP OR INSURANCE COMPANY IF YOU ARE UNSURE ABOUT REFERRAL/AUTHORIZATION REQUIREMENTS SI USTED NO ESTÁ SEGURO(A) SOBRE SU REFERENCIA/REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN, PÓNGASE EN CONTACTO CON SU PROVEEDOR DE SALUD O COMPAÑÍA DE SEGUROS	

Medicare "Medicare"

Medicare Number: _____ Part A Part B
 Número de "Medicare": _____ Parte A Parte B

MEDICARE QUESTIONNAIRE- Required for all Medicare Patients CUESTIONARIO "MEDICARE" – Obligatorio para todos los pacientes Medicare

- Yes No Are you receiving Black Lung Benefits?
Sí No ¿Recibe usted beneficio por Pulmón Negro (Asbestosis) (black lung)?
- Yes No Are services to be paid by a Government Program (I.E. Research grant)?
Sí No ¿Los servicios van a ser pagados por algún programa de gobierno (por ejemplo: subvención para investigación)?
- Yes No Has the Department of Veterans Affairs authorized care at this facility?
Sí No ¿El Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veteran Affairs) ha

autorizado su cuidado en esta facilidad

Yes No Is your illness or injury due to a work-related accident or condition?

Sí No ¿Su lesión o enfermedad ha sido causada por un accidente o condición en su trabajo

Yes No Is your illness or injury due to a non-work related accident or condition?

Sí No ¿Su lesión o enfermedad no ha sido causada por un accidente o condición en su trabajo?

Yes No Do you receive group medical coverage based on you or your spouse's current employment? (Note: this does not include retirement benefits that are secondary to Medicare)

Sí No ¿Recibe cobertura médica de grupo gracias a su empleador o al de su esposo(a) (Nota: esto no incluye beneficios por jubilación que sean secundarios a Medicare)

Are you entitled to Medicare based on:

Yes No Age

¿Usted recibe beneficios de Medicare en base a su edad? Sí No

Yes No Disability

incapacidad médica ? Sí No

Yes No End Stage Renal Disease (ESRD)

enfermedad renal en etapa terminal por sus siglas en inglés:

ESRD)? Sí No

Have you been admitted to a hospital overnight in the last 60 days? Yes/ **Sí No/ No**

¿Ha sido internado en un hospital y ha pasado allí por lo menos una noche en los últimos 60 días?

If Yes, provide name of facility and date: _____

Si su respuesta es sí, por favor indique en qué hospital y la fecha _____

This sheet is intended for prescreening purposes only. If you have answered yes to any of the above questions or are receiving Medicare benefits due to Disability or ESRD more information will be required to process your registration.

Este formulario es solamente una pre-visita de control médica. Si usted ha contestado sí a cualquiera de las preguntas anteriores o si recibe beneficios de Medicare debido a Incapacidad (Disability) o incapacidad renal en etapa terminal por sus siglas en inglés (ESRD), se requiere más información para pre-registrarlo(a).

Accident/Injury Claim ● Accidente/reclamo de lesión

Work* /Trabajo*

Auto/ Coche

Other/ Otro

Claim #/ Reclamo#: _____

Date of Injury / Fecha de la lesión _____

* Employer/* Empleador*: _____

Phone/ Teléfono: _____

Briefly describe how injury occurred/ **Describa brevemente cómo se lesionó** _____

