



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313
1174 N 22nd St. | Laramie, WY 82072

Wyoming Family Practice | (307) 234-6161
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434
820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

Información del paciente

Apellido Nombre		Fecha de Nacimiento		Sexo M F	
Dirección Postal del Paciente		ciudad		estado	
Dirección física del paciente (si es diferente de)		ciudad		estado	
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Correo Electrónico	
Estado del casamiento <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Estado del alumno <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> No Estudiante		Número de Seguro Social	
Nombre del empleador		número de teléfono del empleador		Estado del empleo <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado	
Dirección postal del empleador		ciudad		estado	

INFORMACIÓN DEL HOGAR (Responsable de la cuenta si es diferente del anterior)

Apellido Nombre		Fecha de Nacimiento		relación con el paciente	
la Dirección postal		ciudad		estado	
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Correo Electrónico	
Nombre del empleador		número de teléfono del empleador		Número de Seguro Social	
Dirección postal del empleador		ciudad		estado	

INFORMACIÓN SOBRE LA ÉTNICIDAD

¿Es Usted hispano o latino? Si No

Su Carrera Blanco / Caucásico otros islenos del Pacifico Asiático
 Hawaiano nativo Nativo de Alaska No declarado / Rechazado
 Americano / Indio Indio Negro / Afro Americano

Su idioma preferido

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

<p>Los descuentos en nuestros honorarios están disponibles según sus ingresos y tamaño de la familia. ¿desea aplicar? Por favor, círculo sí o no ¿Cuánta gente vive en su hogar?</p>	<p>¿Cuál es su ingreso anual en el hogar? (marque uno)</p> <p><input type="radio"/> Menos de \$10,000 <input type="radio"/> \$20,000-\$29,999 <input type="radio"/> \$80,000-\$99,999 <input type="radio"/> \$10,000-\$14,000 <input type="radio"/> \$30,000-\$49,000 <input type="radio"/> \$100,000 + <input type="radio"/> \$15,000-\$19,999 <input type="radio"/> \$50,000-\$79,000 <input type="radio"/> no desea revelar</p>
--	--

Orientación sexual/identidad de género

Orientación sexual heterosexual lesbiana or homosexual Bisexual Otra cosa No Sè rechazado

identidad de género Masculino La mujer Transexual masculino Transexual femenino Other

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Es usted? Trabajador Temporal / Agrícola Trabajador Migratorio Veterano Militar Sin Hogar, Si es así, ¿dónde vive?
 Refugio callejero relativo Transicional Transicional en la vivienda pública? (Excluyendo la sección 8)?

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Si no viven en el mismo hogar)

Apellido Nombre	Relación con el paciente	teléfono
-----------------	--------------------------	----------

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (Necesitamos una copia de la tarjeta de seguro para presentar un seguro)

Nombre del seguro		Nombre del suscriptor asegurado		
Número de seguro social del asegurado / Número de identificación	Fecha de nacimiento del asegurado		Fecha efectiva de la póliza	
Dirección postal del seguro,	ciudad	estado	código postal	teléfono
Nombre del Empleador Asegurado Dirección postal	ciuda	estado	código postal	teléfono

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO (Necesitamos una copia de la tarjeta de seguro para presentar un seguro).

Nombre del seguro		Nombre del suscriptor asegurado		
Número de seguro social del asegurado / Número de identificación	Fecha de nacimiento del asegurad		Fecha efectiva de la póliza	
Dirección postal del seguro	ciudad	estado	código postal	teléfono
Nombre del Empleador Asegurado Dirección	ciudad	estado	código postal	teléfono

Mis iniciales indican que estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Tratar al personal ya los clientes de Universidad de Wyoming, Programa de Residencia de Medicina Familiar con dignidad y respeto
- Llegue a su cita diez minutos antes.
- Cancelar cita por lo menos 24 horas antes, o se considerara un "No Show". Repetir "no shows" resultara en perder el privilegio de programar citas futuras.
- El pago se espera en el momento del servicio

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN

La información dada en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender.

Tratamiento / Acuerdo de Pago para el Programa de Residencia de Medicina Familiar de la Universidad de Wyoming en Cheyenne (UWFM).

Solicito lo anterior para proporcionarme y / o mi familia con atención médica. Acepto la responsabilidad de pagar por este cuidado de acuerdo con los honorarios establecidos. Además, autorizo la asignación de beneficios por servicios médicos a UWFM. Asimismo, autorizo a UWFM a facturar mi seguro mediante presentación electrónica a través de una agencia de facturación y para liberar cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones. En el caso de que se realice una radiografía o un ultrasonido durante mi visita, autorizo a UWFM a revelar la información requerida a una agencia externa contratada privadamente con el propósito relacionado con la lectura de la radiografía o ecografía.

Si es menor de edad, por favor indique cualquier persona capaz de traer al niño sin el padre / guardián presente.

El individuo debe traer una identificación con foto válida.

Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____

Firmada _____ Fecha _____

Nombre de Impresión _____ Fecha _____