



205 N Phoenix Rd., Ste. 325 | Phoenix, Oregon 97535

P: (541) 690-1525 | F: (541) 690-1527 | [MurphyCreekWellness.com](http://MurphyCreekWellness.com)

## Registro de Paciente (Por favor, escriba claramente)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Farmacia y Ubicación: \_\_\_\_\_

Raza:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Afroamericano  
 Nativo de Hawai/Otras Islas del Pacífico  Blanco  Rehúso a responder

Origen étnico:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Rehúso a responder

Estado Civil / Marital:  Soltero/a  Casado  Divorciado/a

Número de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Casa Trabajo Celular \_\_\_\_\_

¿Están bien los recordatorios para las citas? Sí No

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### Si el paciente es menor de edad:

Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del Seguro

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Autorizo el tratamiento de la persona nombrada arriba y acepto la responsabilidad financiera de todo el tratamiento proporcionado. Autorizo a Murphy Creek Wellness a brindar a mis compañías de seguros toda la información necesaria para procesar los reclamos de seguros y asignar los pagos a Murphy Creek Wellness todos los beneficios del seguro que se me deben hasta el máximo de mi obligación financiera. Una fotocopia de esta autorización se considerará igual de válida que el original. He leído y comprendido todo lo anterior.

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