



Formulario de registro móvil para mamografía 3D de Methodist

Sección 1

*Empresa: _____

*Apellido: _____ *Nombre: _____ *Inicial del segundo nombre: _____

*Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____ Número de seguro social (nnn-nn-nnnn): _____

* Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Separada

*Dirección: _____ *Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

*Teléfono del trabajo: _____ *Teléfono celular: _____

*Dirección de correo electrónico: _____ *Médico de atención primaria: _____

*¿A qué proveedor desea que le enviemos los resultados?: _____
(indique el nombre y el apellido)

*¿Dónde se hizo su última mamografía? _____

*¿Se registró en alguna ubicación de Methodist el año pasado? Sí No

**Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, pase directamente a la Sección 3. En caso contrario, continúe con la Sección 2.*

Sección 2

Raza

- Indígena norteamericana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o nativa afroamericana
- Hawaiana o de otra isla del Pacífico
- Blanca
- Otra
- Se desconoce
- Elige no revelarlo

Grupo étnico

- Hispana o latina
- No hispana ni latina
- No puede ofrecer ningún tipo de información
- Se desconoce
- Elige no revelarlo

¿Cuál es su idioma de preferencia para recibir atención médica? _____

Preferencia religiosa: _____

* Campo obligatorio



Formulario de registro móvil para mamografía 3D de Methodist

Sección 3

*¿Tiene seguro médico? Sí No

Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, continúe con la información del seguro. En caso contrario, continúe con la Sección 4

Información del seguro

Relación del asegurado con la paciente: Paciente Cónyuge

Nombre del seguro primario: _____

En el caso del cónyuge:

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Situación laboral del cónyuge:

- Tiempo completo Desempleado Jubilado Se desconoce
 Medio tiempo Militar en actividad Empleado por cuenta propia

Nombre del empleador del cónyuge: _____

*¿Tiene un seguro secundario? Sí No

Relación del asegurado (seguro secundario) con la paciente: Paciente Cónyuge

Nombre del seguro secundario: _____

En el caso de que el asegurado (seguro secundario) sea el cónyuge

Nombre del cónyuge (seguro secundario): _____ Fecha de nacimiento del cónyuge (seguro secundario): _____

Situación laboral del cónyuge (seguro secundario):

- Tiempo completo Desempleado Jubilado Se desconoce
 Medio tiempo Militar en actividad Empleado por cuenta propia

Empleador del cónyuge (seguro secundario): _____

Sección 4

*Situación laboral de la paciente Tiempo completo Medio tiempo

*Contacto de emergencia: _____ *Parentesco: _____

*Número de teléfono de la casa del contacto de emergencia: _____

* Número de teléfono celular del contacto de emergencia: _____

* Campo obligatorio