

**Whatley Health Services, Inc.**  
**Registro de Paciente/Formulario de Actualización**

Por favor Escriba claro

<b>Apellidos</b>		Nombres			
Dirección		Ciudad		Estado	
Código					
NSS	Fecha de Nacimiento	Másculino Femenino	Asiatico	Hispano	Otro
Estado Nupcial		Negro		Blanco	
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Contacto de Emergencia	Teléfono de Contacto de Emergencia		Salario Anual
Por favor seleccione: Hispano ___ si o ___ no	¿Necesita un intérprete? ___ si o ___ no	¿Usted necesita asistencia de vivienda pública? ___ si o ___ no	¿Es usted Veterano de los Estados Unidos? ___ si o ___ no		
<b>Información de Seguro Médico Primario</b>					
Seguro Primario					
Número de Identificación de Seguro					
Número de Grupo de Seguro					
Fecha de Expiración					
Poliza (Nombre del Asegurado)			SSN	Esposo Hijo Usted	
<b>Información de Seguro Médico Secundario</b>					
Seguro Secundario					
Número de Identificación de Seguro					
Número de Grupo de Seguro					
Fecha de Expiración					
Poliza (Nombre del Asegurado)					
<b>Información De Salario</b>					
Nombre de Empleo					
Dirección de Empleo					
Número de Teléfono			Salario o Frecuencia de Pago		
<b>Si no esta trabajando, por favor declare como usted se mantiene:(marque todo lo que aplique)</b>					
Compensación de Desempleo		Cantidad	\$		
Soporte para Hijos		Cantidad	\$		
AFDC		Cantidad	\$		
Beneficios de Seguro Social		Cantidad	\$		
Otro		Cantidad	\$		
<b>Información del Hogar</b>					
Por favor escriba el nombre de todos los que viven en su casa y su salario.					
Nombre		Parentezco		Salario	\$
Nombre		Parentezco		Salario	\$
Nombre		Parentezco		Salario	\$

Hay un cargo mínimo de \$20.00 al momento de registrarse en la clínica. Para determinar si califica para un descuento basado en su salario, por favor muestre verificación de salario.

Hay un cargo mínimo de \$20.00 al momento de registrarse en la clínica. Para determinar si califica para un descuento basado en su salario, por favor muestre verificación de salario.