

Kearny County Hospital

www.KearnyCountyHospital.com

Kearny County Hospital
500 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7111 (p) | 620-355-8627 (f)

Family Health Center - Lakin
506 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7550 (p) | 620-355-8626 (f)

Long Term Care & Assisted Living
607 Court Place
Lakin, KS 67860
620-355-7836 (p) | 620-355-8645 (f)

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (PROPORCIONE EL NOMBRE LEGAL)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Género: Masculino Femenino
Último Primero MI

Envío DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Cremallera Código

Físico DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Cremallera Código

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Estado civil: Soltero Casado – Cónyuge: _____

Teléfono Principal#: _____ Hogar/Celular/Trabajo

Teléfono secundario#: _____ Hogar/Celular/Trabajo

Lenguaje primario: Inglés Español

Grupo étnico: Hispano / latino No hispano

Carrera: Blanco Negro/Afroamericano Nativo
 asiático Indio americano/Alaska Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico
 Rechazar Otro: _____

Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleo
 Alumno Hijo menor de edad Jubilación – Fecha de jubilación: _____

Empleador: _____

Empleador DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Cremallera Código

PARTE RESPONSABLE: (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Género: Masculino Femenino
Último Primero MI

Envío DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Cremallera Código

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Teléfono Principal#: _____ Hogar/Celular/Trabajo Teléfono secundario#: _____ Hogar/Celular/Trabajo

CORREO ELECTRÓNICO DEL PORTAL DEL PACIENTE:

Pregunta de seguridad = Código postal
_____ @ _____

Representantes autorizados)

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

