



WESTCHESTER INSTITUTE FOR HUMAN
DEVELOPMENT
Cedarwood Hall - ROOM 221
VALHALLA NY 10595-1689

Nombre Del Paciente _____

FECHA DE NAC. _____ Hombre
Mujer

de SS _____ # DE WIHD _____

FORMULARIO DE REGISTRO PARA SERVICIOS DE SALUD

Complete todas las secciones * Los formularios se pueden enviar por correo a la dirección anterior o por fax al 914-493-1675

Registro nuevo

Actualización de registro

Fecha de hoy _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax (si posee): _____

Dirección de correo electrónico _____ Paciente Padre/Tutor

Para fines de notificación al Gobierno: Raza/Grupo étnico: Blanco Negro/Afroamericano Asiático
 Otro, especifique _____ ¿Es hispanico o latino? Sí No

Idioma de preferencia: _____ Nombre y dirección de la farmacia: _____

¿Tiene un Documento de voluntades anticipadas? Sí No En caso de respuesta afirmativa, ¿WIHD tiene una copia? Sí No

¿Tiene un Apoderado para atención médica? Sí No En caso de respuesta afirmativa, ¿WIHD tiene una copia? Sí No

Si desea más información sobre los Documentos de voluntades anticipadas o los Apoderados para atención médica, comuníquese a su proveedor

Nombre del Padre/Tutor/Padre adoptivo _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono laboral _____

Nombre del Padre/Tutor/Padre adoptivo _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono laboral _____

N.º de Medicaid _____ N.º de Medicare _____

Empresa de seguro privado _____ N.º de póliza _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Otra empresa de seguro _____ N.º de póliza _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Nombre de la agencia: _____ Nombre de la casa _____

Contacto _____ N.º de teléfono _____ N.º de fax _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre y teléfono del médico de cabecera del paciente: _____ Si no tiene, marque

Nombre y teléfono del proveedor de servicios de odontología: _____ Si no tiene, marque

Servicio/Servicios solicitado(s): _____