

Patient Intake & Registration

Registro e Ingreso del Paciente

New Patient Information

Información de Paciente Nuevo

Welcome to Hoang Medical Corporation. Please complete this form so we can register you for wound care. Fields marked * are required.

Bienvenido(a) a Hoang Medical Corporation. Complete este formulario para registrarlo(a) en el cuidado de heridas. Los campos marcados con * son obligatorios.

1. About You (Patient Information)

Acerca de Usted (Información del Paciente)

Patient full name

Nombre completo del paciente *

Date of birth

Fecha de nacimiento *

Phone

Teléfono

Email

Correo electrónico

Email is optional. Regular email from a personal account (Gmail, Yahoo, Outlook, etc.) is not fully secure. If you give us your email, you accept that messages you send us this way could be viewed by others in transit. You may use our secure online forms, fax, mail, or phone instead.

El correo electrónico es opcional. El correo común desde una cuenta personal (Gmail, Yahoo, Outlook, etc.) no es completamente seguro. Si nos proporciona su correo, acepta que los mensajes que nos envíe de esta manera podrían ser vistos por otras personas durante su transmisión. En su lugar puede usar nuestros formularios seguros en línea, el fax, el correo postal o el teléfono.

Address

Dirección

2. Contact & Language

Contacto e Idioma

Preferred language

Idioma preferido

☐ I would like an interpreter provided at no cost.

Deseo que se me proporcione un intérprete sin costo.

Emergency contact name

Nombre del contacto de emergencia

Relationship

Relación

Emergency contact phone
Teléfono del contacto de emergencia

3. Insurance
Seguro

Primary insurance
Seguro primario

Plan / carrier
Plan / aseguradora

Member ID
ID de miembro

Group #
N.º de grupo

Subscriber name (if not the patient)
Nombre del titular (si no es el paciente)

Secondary insurance (optional)
Seguro secundario (opcional)

Plan / carrier
Plan / aseguradora

Member ID
ID de miembro

Group #
N.º de grupo

4. Care Team & Reason for Visit
Equipo de Atención y Motivo de la Visita

Primary care provider
Proveedor de atención primaria

Referring provider
Proveedor que refiere

Preferred pharmacy (name & location)
Farmacia preferida (nombre y ubicación)

Reason for visit / wound concern
Motivo de la visita / problema de la herida

5. Sign Here
Firme Aquí

☐ I have read and understand this form and am signing it voluntarily.
He leído y comprendo este formulario y lo firmo voluntariamente. *

Signature
Firma *

Sign above with your finger or mouse.
Firme arriba con el dedo o el ratón.

Printed name
Nombre en letra de molde: _____

Date signed
Fecha de firma

MM/DD/YYYY

Witness (optional)
Testigo (opcional)

6. Attach Documents
Adjuntar Documentos

Communication by Email — Acknowledgment of Risk. Hoang Medical Corporation offers secure ways to send us forms and health information, including our online patient forms and secure fax. If you choose to send health information to us from your own email account (for example, Gmail, Yahoo, iCloud, or Outlook), ordinary email is not encrypted end-to-end and may be read by others while in transit or stored on your email provider's servers. By choosing to email us, you accept this risk. You are never required to use email — you may use our secure online forms, fax, mail, or telephone instead. Do not use email for urgent or emergency matters; if you have a medical emergency, call 911.

Comunicación por correo electrónico — Reconocimiento del riesgo. Hoang Medical Corporation ofrece maneras seguras de enviarnos formularios e información de salud, incluyendo nuestros formularios para pacientes en línea y el fax seguro. Si usted decide enviarnos información de salud desde su propia cuenta de correo (por ejemplo, Gmail, Yahoo, iCloud u Outlook), el correo electrónico común no está cifrado de extremo a extremo y otras personas podrían leerlo mientras se transmite o mientras está almacenado en los servidores de su proveedor de correo. Al decidir enviarnos un correo, usted acepta este riesgo. Nunca está obligado a usar el correo electrónico — puede usar nuestros formularios seguros en línea, el fax, el correo postal o el teléfono. No use el correo electrónico para asuntos urgentes o de emergencia; si tiene una emergencia médica, llame al 911.

OFFICE USE ONLY
USO INTERNO SOLAMENTE

Received date
Fecha de recepción

MM/DD/YYYY

Received by (initials)

Recibido por (iniciales)

☐ Verified & matched to patient chart

Verificado y asociado al expediente del paciente

Notes

Notas