



Stony Brook Southamptton Hospital

240 Meeting House Lane Southamptton, NY 11968

PATIENT LABEL

CUESTIONARIO DE REGISTRO DOWNTIME

Religión: Marque una:

- | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Adventistas | <input type="checkbox"/> Ateo | <input type="checkbox"/> Bautista | <input type="checkbox"/> Budista | <input type="checkbox"/> Católico romano | <input type="checkbox"/> Cristiano | <input type="checkbox"/> Congregacional |
| <input type="checkbox"/> Rechazado para responder | <input type="checkbox"/> Episcopal | <input type="checkbox"/> Ortodoxo griego | <input type="checkbox"/> Hindú | <input type="checkbox"/> Judío | <input type="checkbox"/> Testigo | |
| <input type="checkbox"/> Luterano | <input type="checkbox"/> Metodista | <input type="checkbox"/> Mormón | <input type="checkbox"/> Musulmán | <input type="checkbox"/> No denominacional | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Pentecostés |
| <input type="checkbox"/> Presbiteriano | <input type="checkbox"/> Protestante | <input type="checkbox"/> Unitario | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Zoroastriano | <input type="checkbox"/> Cuáquero | |

Médico de atención primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

N.º de contacto: _____

Situación laboral: Marque una con un círculo:

- A tiempo completo, A tiempo parcial, Reservado para asignación nacional, Jubilado, Militar retirado
 Autónomo, Estudiante a tiempo completo, Estudiante a tiempo parcial,
 Desempleado elegible para COBRA, Desempleado no elegible para COBRA

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono laboral: _____ Extensión: _____

Ocupación: _____

Contactos de emergencia

Debo documentar el nombre de su familiar más cercano según la definición legal.

¿Cuál es la relación del paciente con el contacto de emergencia?: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

N.º de teléfono principal: _____ N.º de celular: _____

Familiar más cercano según la definición legal

Relación con el paciente: _____ ¿La dirección es la misma que la del paciente? Sí No

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono principal: _____ N.º de celular: _____

Solo para personal de acceso de pacientes

Motivo principal de la consulta:

Accidente/Terapia/Tratamiento: _____

Fecha/Hora: _____ Evento: _____

Lugar/Calificación: _____ Estado: _____

Cierre de sesión del registrador

_____ Tarjetas de seguro escaneadas

_____ Seguro verificado

_____ Tarjetas ID escaneadas

_____ Consentimientos obtenidos

_____ MSPQ obtenido

_____ Iniciales del encargado del registro

_____ Fecha

_____ Hora