



1FCST

Please complete the information on this form to enable us to assign a medical record number that will be unique to you and used to attach your advance directive to our electronic record making it readily available in the event it is needed when you are receiving health care services.

Demographic Information

Last Name: _____ First Name: _____ SSN: _____

DOB: _____ Marital Status: _____

Address: _____ Apt# _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Emergency Contact

Last Name: _____ First Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ Apt# _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Cottage Health System History

Have you ever been admitted to a Cottage Health System Facility? Yes No

Have you ever received diagnostic services such as lab or x-ray at a Cottage Health System Facility? Yes No

Have you ever had a lab test performed by Pacific Diagnostic Lab? Yes No

Have you received any other service from a Cottage Health System Facility? Yes No

Are you an employee of Cottage Health System? Yes No



COTTAGE HEALTH SYSTEM ADVANCE DIRECTIVE REGISTRATION FORM

Por favor, complete la información en este formulario para que podamos asignarle un número a su expediente médico que será únicamente suyo, y se utilizará para conectar su directiva por adelantado a su expediente electrónico. De esta manera podremos acceder su información en caso de que sea necesario si está recibiendo servicios de tratamiento médico.

Información Demográfica

Apellido: _____ Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ #Apartamento: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ #Apartamento: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Historial de Cottage Health System

¿Ha sido admitido alguna vez a un Centro de Cottage Health System? Sí No

¿Ha recibido algún servicio diagnóstico como un análisis o una radiografía en un Centro de Cottage Health System? Sí No

¿Le han hecho alguna vez algún análisis en Pacific Diagnostic Lab? Sí No

¿Ha recibido algún otro servicio de un Centro de Cottage Health System? Sí No

¿Es usted un empleado/a de Cottage Health System? Sí No



**COTTAGE HEALTH
SYSTEM
ADVANCE DIRECTIVE
REGISTRATION FORM
(SPANISH)**