

REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACION DE PERSONA(S) RESPONSABLE

Apellido _____
Nombre _____ Inicial _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____
Codigo Postal _____ Sexo M
Ocupación: Empleado Estudiante
Nombre y Domicilio de Trabajo/Escuela _____

Tel. de Casa () _____
Tel. de Trabajo () _____ Ext. _____
Fecha de Nacimiento _____
No. de Seguro Social _____
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Viudo(a) Separado(a)
Referido por: _____

EN CASO DE QUE NO PUEDA COMUNICARSE CON PERSONA(S) RESPONSABLE, NOTIFIQUE A:

Espos(a) Hijo(a) Otro _____
Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Estado _____ Codigo Postal _____

Tel. de Casa () _____
Tel. de Trabajo () _____ Ext. _____

INFORMACION DEL PACIENTE (Llene solamente si paciente no es persona responsable de pagar)

Apellido _____
Nombre _____ Inicial _____
Fecha de Nacimiento _____
Sexo M F
Relacion a persona(s) responsable de pagar:
 Esposa Esposo Hijo(a) Padres Otro _____
No. de Seguro Social _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Viudo(a) Separado(a)
Ocupación: Empleado Estudiante

INFORMACION DE ASEGURANZA (Si nos permite copiar su tarjeta de aseguranza, no necesita llenar esta parte.)

ASEGURANZA PRINCIPAL

Nombre de Asegurado _____
Nombre de Compania _____
Nombre del Plan _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Teléfono () _____
Nombre ó No. de Grupo _____
No. de Certificado _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de Asegurado _____
Nombre de Compania _____
Nombre del Plan _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Teléfono () _____
Nombre ó No. de Grupo _____
No. de Certificado _____

AUTORIZACION:

Doy consentimiento a cualquier tratamiento medico/examen físico que sea requerido para mi o para el menor mencionado por lo cual yo soy legítimamente responsable.

ASIGNACION:

Yo doy mi permiso para el pago de los beneficios por los servicios recibidos a la oficina del doctor.

Yo comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, esten o no esten cubiertos por la compañía de seguro.

HISTORIA MEDICA:

Por este medio se autoriza que se divulgue cualquier información que sea necesaria para el procesamiento de esta reclamación. Una copia de esta autorización estan válida como el original.

Mientras haya alguna reclamacion pendiente, usted recibirá estados de cuenta de manera periódica si su cuenta no ha sido pagada en su totalidad. Nosotros no podemos aceptar la responsabilidad para el cobro de su reclamación de seguro o por hacer negociaciones para el arreglo de una reclamación que esté en dispute.