

Registro De Pacientes

Nombre: _____ El Nombre preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono en casa _____ Trabajo Teléfono _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo preferiría usted ser contactado? ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Texto ☐ Correo electrónico

Número del seguro social: _____ La fecha del Nacimiento _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

El Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo Género: ☐ Hombre ☐ Mujer

Nombre de Esposa/Esposo: _____

Esposa/Esposo Empresario: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Si paciente es un menor, da por favor el padre o el nombre de guardián: _____

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

¿Cómo se enteró usted de nosotros? ☐ La Referencia paciente (el Nombre de Paciente) _____ ☐ Otro _____

INFORMACION de SEGURO

Los suscriptores Denominan: _____ La relación al Paciente: _____

Suscriptor identificación: _____ Fecha de Nacimiento de suscriptor: _____

El seguro Co: _____ El grupo#: _____

¿Es cubierto el paciente por seguro adicional? ☐ Si ☐ No

Los suscriptores Denominan: _____ La relación al Paciente: _____

Suscriptor identificación: _____ Fecha de Nacimiento de suscriptor: _____

El seguro Co: _____ El grupo#: _____

La TAREA Y SUELTA

Certifico que yo (o mi Dependiente) tiene cobertura como indicado y asigna directamente a esta oficina todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mí para servicios rendidos. Comprendo que soy financieramente responsable de todas las cargas sin tener en cuenta si pagado por seguro. Autorizo al médico a soltar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los sumisiones de seguro.

Firma responsable de Partido: _____ Fecha: _____