



REGISTRO DEL PACIENTE

FECHA: ____/____/____

SEGURO SOCIAL # _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE _____ INICIAL _____

APELLIDO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TELÉFONO DE CASA _____

ESTADO CIVIL CASADO SOLTERO

TELÉFONO DE TRABAJO _____

DIVORCIADO VIUDO

TELÉFONO DE CELULAR _____

(COMPRUEBE UNO) EMPLEADO RETIRADO ESTUDIANTE

PATRÓN _____

DOCTOR PRINCIPAL _____

¿CUAL ES LA RAZÓN DE SU VISITA HOY? _____

ASEGURANCA

MEDICARE MEDI-CAL SEGURO DE TRABAJO PPO _____

SEGURO PRINCIPAL _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ PARENTESCO _____

IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR# _____ NUMERO DEL GRUPO# _____

SEGURO SECUNDARIO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ PARENTESCO _____

IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR# _____ NUMERO DEL GRUPO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ PARENTESCO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MEDICO:

AUTORIZO DIRECTAMENTE AL MEDICO LOS BENEFICIOS DEL MEDICO. SI HUBIESE OTRAS CUENTAS PAGABLES SEGÚN SU DESCRIPCIÓN, ENTIENDO Y ACEPTO QUE YO SOY RESPONSABLE DE CUBRIR DICHOS PAGOS QUE NO SEAN CUBIERTOS POR EL MEDICO.

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN:

YO AUTORIZO AL MEDICO A LIBERAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA DURANTE MI TRATAMIENTO NECESARIA PARA PROCESAR EL RECLAMO A MI ASEGURANZA.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____