

Información para el paciente (Por favor imprimir)

Nombre _____ Fecha _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
No. de teléfono _____ 2ª opción _____ 3ª opción _____
Correo electrónico _____
Contacto de emergencia/Relación _____ No. De teléfono _____
Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Doctor referente _____
Estado matrimonial Casada Soltera Divorciada Viuda
Doctor Primaria _____ Estudiante Tiempo completo Tiempo parcial
Nombre y Dirección del empleador _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario _____ Seguro Secundario _____
No. de Póliza/Grupo _____ No. De Póliza/Grupo _____
Fecha de Efectiva _____ Fecha de Efectiva _____

INFORMACION DE LA PERSONA ASEGURADA

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de casa/móvil _____ Teléfono del trabajo _____
No de Seguridad Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Genero M F
Nombre y dirección del empleador _____

He completado la forma de registro anterior y entiendo que, a pesar de mi estado de seguro, yo soy responsable por el saldo de mi cuenta por los servicios profesionales prestados. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta según mi conocimiento. Yo autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos como resultado de mi visita y solicitar el pago de beneficios a la parte que acepte la asignación.

Firma del paciente _____

Firma de los padres (si es mínimo) _____