

Registro Del Paciente

Bienvenido a nuestra consulta. Para atenderlo de manera adecuada, necesitaremos la siguiente informacion.

(Utilce letra de imprenta)

Toda la informacion sera estrictamente confidencial

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Sexo: \_ Email adr: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Compania de seguros principal: \_\_\_\_\_

Por favor marque: Seguro de salud / Seguro de compensacion / Seguro automotor

Direccion \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Poliza#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_ Reclamacion#: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Abogado: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Poliza#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La autorizacion del seguro para la tarea de la liberacion de beneficios.

Yo, el suscrito, autorizo el pago de beneficios medicos a esta facilidad por cualquier servicio que los medicos de este establecimiento me hayan prestado. Comprendo que soy financieramente responsable de los costos que no cubra mi seguro. También autorizo la entegrá a mi compania de seguros o a su agente (incluyendo Medicare), de la informacion con respecto a la atencion de salud, consejos, tratamiento o suministros que se me hayan prestado. Esta informacion se usara con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha