



Formulario de Registracion

For office use only

MRN Number _____ Dx. _____

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero telefonico de la casa _____ Numero telefonico del trabajo _____

Numero del telefono celular _____ Direccion electronica _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) _____ S.S. # _____

Sexo Masculino/ Femenino _____ Estado civil: soltero(a); casado(a); separado(a); divorciado(a); viudo(a)

Primer nombre del Padre _____ Primer nombre de la madre _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Direccion del empleador _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Doctor Primario _____

Numero telefonico de la oficina _____ Numero de fax _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Nombre del doctor que lo refirio _____

Numero telefonico de la oficina _____ Numero de fax _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Informacion de seguro medico

Seguro Primario

Compañia de Seguro _____

Nombre del asegurado _____

Numero de poliza _____ Numero de grupo _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Seguro Secundario

Compañia de Seguro _____

Nombre del asegurado _____

Numero de poliza _____ Numero de grupo _____

Direccion _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Nombre del asegurado (si es diferente al paciente) _____

S.S# _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) _____

Empleador _____

Yo, el firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura medica con _____ y asigna directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si cualquiera, de otro modo pagados a mí por servicios rendidos. Entiendo que yo soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Yo por la presente autorizo al médico a liberar toda información necesaria para asegurar el pago o los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas sumisiones del seguro medico.

Firma de la parte responsable

Relacion

Fecha