

REGISTRACION

Fecha _____

Telefono(# de casa) _____ # celular _____

Nombre completo (Primer) _____ Apellido _____

Dirección (calle) _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Correo electrónico _____ @ _____

Fecha de nacimiento (mes/dia) ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F SS# _____

Estado: Soltera (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Separado (a) Pareja Domestica

compañía de trabajo _____ # teléfono de trabajo _____

Persona responsable si es diferente del paciente _____

Relacion de esta persona al paciente _____ Fecha de nacimiento de esta persona(mes/dia/ano) _____

Tiene seguro medico Si _____ No _____

Cobertura del Seguro - Primario Nombre de la compañía de seguros _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Cobertura del Seguro - Secundario Nombre de la compañía de seguros _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

En caso de emergencia Notifique a _____

Relación con el paciente _____ Número de teléfono(_____) _____

Como escuchó de esta oficina? Doctor Familia/Amigos Páginas amarillas TV Teatro Internet
 Revista (Cual) _____ Otro _____

Revelar información y asignación de beneficios

La oficina me ha mostrado copias de las Regulaciones de Privacidad, en cual detaya como mi informacion privada y medica sera protegida y usada segun las leyes del estado y federal . Yo entiendo estas regulaciones. Yo autorizo que se le proporcione mi información medica al doctor de familia o al medico que me refirió, para consultas según sea necesario para procesos de reclamos; para aplicaciones de seguros y prescripciones. Además, permito que se utilice una copia de esta autorización en el lugar de la original. Yo también autorizo el pago de beneficios médicos al doctor.

Política de Pago y la Cobertura del Seguro

El pago es requerido para todos los servicios en el momento en que ellos son proporcionados al menos que usted esté en un plan de prepago en el que nosotros participemos. Para estos pacientes, se cobrara cualquier deducible o co-pago. Nosotros aceptamos los pagos de las siguientes maneras: efectivo, o tarjeta de crédito. Por favor este conciente de que el paciente es responsable de cualquier/todos los cobros no pagados por la compañía de seguros. La preautorización para un servicio no garantiza el pago por reclamos. Si su compañía de seguro requiere una referencia de su Doctor de Familia, será su responsabilidad obtenerla y traerla con anterioridad a su visita. Si usted no tiene un número de referencia y su compañía de seguros lo requiere, podría ser necesario cambiar su cita

Si usted necesita cancelar una cita o cambiarla de día por favor hágalo antes de 24 horas para evitar un posible cargo de cancelación tardía que no lo cubre el seguro. Su firma abajo significa que usted entendió y esta dispuesto a cumplir con estas políticas. Una multa de \$25 por no asistir a su cita le será cobrada si usted no cancela o cambia a su cita con al menos 24 horas de anticipación. Aunque nosotros haremos un esfuerzo por proporcionar una llamada y recordarle su cita previamente, es su responsabilidad cancelar su cita. Una multa de \$25 le será cobrada en caso de que un cheque sea retornado. He leído la Regulaciones de Privacidad, Política de Pago y la Cobertura del Seguro especificada anteriormente. Entiendo y convengo todo lo antes expuesto. Firma del paciente

Fecha ____/____/____

Si el paciente es menor o no puedo dar consentimiento , por favor firme abajo y indique su relacion