



FORMA DE REGISTRO

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Seguro Social ____ - ____ - ____
Numero de Telefono: (____) ____ - ____ Celular:(____) ____ - ____ Numero de trabajo: (____) ____ - ____
Genero: [] M [] F Casada/o Soltera/o: _____ Correo Electronico: _____
Contacto de emergencia: _____ Telefono:(____) ____ - ____ Relacion: _____
Doctor Primario: _____ Telefono:(____) ____ - ____
Doctor de referencia: _____ Telefono:(____) ____ - ____
Facilidad de oficio: [] Si [] No Hospicio: [] Si [] No
Domicilio de Facilidad: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Primera Compania de seguro: [] Si [] No

Nombre del seguro principal: _____ Domicilio: _____
Numero de Poliza: _____ Numero de grupo: _____ Telefono:(____) ____ - ____
Persona responsable: _____ SSI: ____/____/____ Telefono:(____) ____ - ____

Segunda Compania de Seguro: [] Si [] No

Nombre del seguro secundario: _____ Domicilio: _____
Numero de Poliza: _____ Numero de grupo: _____ Telefono:(____) ____ - ____
Persona responsable: _____ SSI: ____/____/____ Telefono:(____) ____ - ____

Nombre de la persona responsable (si es diferente al paciente)

Nombre: _____ Address: _____
Relacion: _____ Seguro Social: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

ALTO FAVOR DE PARAR EN LA RECEPCION ANTES DE SALIR DE NUESTRA OFICINA. Los pagos para los servicios hechos se deben de pagar el mismo día de servicio. Como parte de nuestros servicios presentaremos sus demandas de seguro. El seguro/las medidas financieras se deben consultar con nuestra recepcionista antes de inyecciones, lasers o de cirugias.

LANZAMIENTO DE LA INFORMACION Y ASIGNACION DE LA DECLARACION DE LAS VENTAJAS. Autorizo por este medio el lanzamiento de cualquier informacion medica necesaria procesar mi demanda de seguro y tambien **ASIGNAR al DOCTOR** todos los pagos de seguro de enfermedad y/o abastecedores del seguro para los servicios hechos. Entiendo y concengo las condiciones antedichas.

ENFERMEDAD y/o otros abastecedores del seguro para los servicios hechos. Entiendo y concengo las condiciones antedichas. **LAS DERECHAS Y AUTORIZACION DE AISLAMIENTO DE HIPPA PARA EL ACCESO O LA INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD:** He leído las derechas de **HIPPA** y las declaraciones de la autorizacion y doy mi consentimiento para el acceso de mis informes medicos relacionados con el tratamiento

FECHA : ____/____/____

FIRMA: _____