

Registración del Paciente

Favor De Usar Letra De MOLDE y Llenar todas las secciones!

Información del Paciente:

Estado Civil: ___ Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Viudo **Sexo:** ___ Masculino ___ Femenino

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Correo Electrónico _____

Número De Teléfono

Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Información del acompañante:

Relación con el Paciente: ___ Mismo ___ Pareja ___ Hijo(a) ___ Otro: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ # de Seguro Social : _____ - _____ - _____

Número De Teléfono

Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Favor De presentar tarjetas del seguro médico a la recepcionista.

Nombre del Seguro Primario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ CP: _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Relación con el Asegurado:

___ Mismo ___ Pareja ___ Otro ___ Hijo(a)

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ Co-Pagos \$ _____

Nombre del Seguro Secundario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ CP: _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Relación con el Asegurado

____ Mismo ____ Pareja ____ Otro ____ Hijo(a)

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ Co-Pagos \$ _____

Médico Anterior/Record Médico:

Nombre del doctor o centro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____

Número: (____) _____ Fax: (____) _____

Información de su Farmacia:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____

Número de teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____

Número: (____) _____ Fax: (____) _____

Beneficios Asignados • Acuerdo Financiero

Acuerdo de por vida dar autorización que los pagos de beneficios del seguro médico, se den directamente a Rahn Shaw MD, PA, también conocido como Park Ave Medical y otros asistentes médicos. Comprendo que seré responsable financieramente de todos los cargos cubiertos o no cubiertos. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos de colección, y cargos razonables de abogados. Autorizo que ésta oficina de toda información necesaria para asegurar pagos de beneficios. Autorizo que una fotocopia de este acuerdo sea tan válida como la original.

Fecha: _____ Firma: _____