

REGISTRO DEL PACIENTE - Por favor use letra de imprenta

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE		Apellido		Fecha de nacimiento		Edad	
Primer Nombre		Apellido		Fecha de nacimiento		Edad	
DOMICILIO		APT. NO.		CIUDAD		ESTADO	
CORREO ELECTRONICO DEL PACIENTE		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL		TELEFONO DEL DOMICILIO		CELULAR	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OTRO		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		OCUPACION		TELEFONO DEL TRABAJO	
EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A		RELACION		TELEFONO DEL DOMICILIO		CELULAR	
NOMBRE DEL MEDICO QUE LO RECOMIENDO		DIRECCION DEL MEDICO		TELEFONO DEL DOMICILIO		CELULAR	
				TELEFONO DEL MEDICO		TELEFONO DEL MEDICO	

COMO SUPO DE NUESTRA CLINICA?

<input type="checkbox"/> AMIGO / FAMILIAR	<input type="checkbox"/> DOCTOR / MEDICO	<input type="checkbox"/> RADIO / CUAL? <input type="checkbox"/> El Zol <input type="checkbox"/> Viva 900 <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> YELLOW BOOK
Nombre _____	Nombre _____	<input type="checkbox"/> TV / CUAL? <input type="checkbox"/> Telemundo <input type="checkbox"/> Univision <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> OTRA
<input type="checkbox"/> PERIODICO / CUAL? <input type="checkbox"/> El Tiempo Latino <input type="checkbox"/> El Gasante <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> My Space <input type="checkbox"/> Otro _____		Cual? _____

INFORMACION DEL SEGURO

PERSONA RESPONSABLE POR EL COBRO		RELACION CON EL PACIENTE	
DOMICILIO DE LA PERSONA RESPONSABLE			
LUGAR DE TRABAJO DE LA PERSONA RESPONSABLE		TELEFONO DEL TRABAJO	
TELEFONO DEL TRABAJO		TELEFONO DESPUES DE LAS 5 DE LA TARDE	
NOMBRE Y DIRECCION DEL SEGURO DE SALUD		NUMERO DE POLIZA#	
		TELEFONO	
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA		FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA ASEGURADA	
TELEFONO DURANTE EL DIA		RELACION CON EL PACIENTE	
NOMBRE Y DIRECCION DEL SEGURO SECUNDARIO		NUMERO DE POLIZA#	
		GRUPO#	
TELEFONO		FECHA DEL SEGURO	
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA		FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA ASEGURADA	
TELEFONO DURANTE EL DIA		RELACION CON EL PACIENTE	

- Ingreso Anual:**
- \$0 a \$25,000
 - \$26,000 a \$35,000
 - \$36,000 a \$50,000
 - \$51,000 a \$70,000
 - \$71,000 a \$100,000
 - \$101,000 y más
- Raza:**
- Blanco
 - Hispano / Latino
 - Afro Americano
 - Indio Americano
 - Asiatico
 - Otro
- Educación:**
- Secundaria
 - Graduado en secundaria
 - Bachillerato
 - Doctorado
 - Grado Profesional

POLIZA FINANCIERA:

- Para controlar el costo del cobro, le pedimos que los cargos de su visita medica sean pagados al final de cada consulta a menos que usted sea beneficiario de Medicare.
- Yo acepto la responsabilidad de pagar cualquier cantidad deducible, co-seguro, u otro balance no pagado por mi seguro.
- Yo autorizo que se proporcione la información medica o de otro tipo que sea necesaria para procesar mi reclamo de seguro.
- Yo acepto responsabilidad por cualquier gasto legal o cobros de agencias de colección que ocurran si no pago mi (s) saldo (s) pendientes.

X

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA (del padre si el paciente es menor de edad)

FECHA