

REGISTRATION FORM – BRING TO YOUR APPOINTMENT



Información del Paciente

Apellido Legal Completo: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: ____-____-____
Estado Civil: Soltera ____ Casada ____ Divorciada ____ Viuda ____ Apartada ____ Socio Doméstico ____
Dirección: Calle/Caja _____ Apto # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa #: (____)____-____ Teléfono del Trabajo #: (____)____-____ Teléfono Celular #: (____)____-____

Mejor Número de Teléfono de Contacto: Marque con un Círculo uno de los Números Anteriores

Empleador: _____
Farmacia preferida: _____
Ubicación: _____

Información del Asegurado

(Si es diferente al anterior)

Apellido Legal Completo: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____
Dirección: Calle/Caja _____ Apto # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa #: (____)____-____ Teléfono del Trabajo #: (____)____-____ Teléfono Celular #: (____)____-____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relación con la Paciente: _____
Empleador: _____

Al presentarse para recibir atención, usted acepta que es responsable de todos los servicios y cargos, independientemente de su estado de seguro. Si algún servicio prestado no está cubierto por su seguro, no podemos modificar su reclamo, cambiar su diagnóstico ni informar un servicio diferente al realizado para que su seguro cubra los cargos.

Notificación de Emergencia

Nombre: _____ Relación con la Paciente: _____
Teléfono de casa #: (____)____-____ Teléfono del Trabajo #: (____)____-____ Teléfono Celular #: (____)____-____