



Formulario de Registración de Paciente

(Firme y Deletre)

Paciente# _____

Nombre de Paciente			Nombre de Soltera/Otros Nombres		
Direccion			Numero de Telefono de la Casa _____ TelefonoCelular _____		
Ciudad	Estado	Código Postal	BODEMOS DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO		
Estado Civil	S	C	V	D	Sep
Fecha de Nacimiento		Edad	Numero de Social		

Médico General:	Referido Por
Empleado Por	Ocupación
Dirección	
Ciudad	Numero de Telefono de Oficio
Esposo, Padre, Guardian	Numero de Social
	Fecha de Nacimiento
Empleado Por	Ocupación
Dirección	Numero de Telefono de Oficio

Favor de Leer: Pago por servicios debe ser rendido a la hora de su visita; sino ha sido acordado con anticipo. Usted es responsable por todos los pagos, sin importar el tipo de seguro que tenga. Si su seguro requiere una segunda opinión o requiere precertificación es su responsabilidad hacer todos los arreglos necesarios antes de la fecha de su operación. Por favor este informado de que servicios adicionales no siempre estarán cubiertos en la oficina. Una copia de su tarjeta de seguro es parte de nuestro requisito para poder verificar la información de su plan de seguro.

Seguro Primario	Seguro Secundario	
Nombre de Compañía Seguro	Nombre de Compañía de Seguro	
Dirección	Dirección	
Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de asegurado (Company if group)	Nombre de asegurado (Company if group)	
Numero de Grupo de Poliza	Numero de Grupo de Poliza	
Numero de Poliza	Numero de Poliza	
Día efectivo	Día efectivo	
#de Telefono de verificación	#de Telefono de verificación	

Yo autorizo a Somerset OB/GYN Associates proveer información a compañías de seguros con respecto a mi estado de salud (incluyendo mi estado mental, abuso de narcóticos o alcohol y enfermedades venerias) todos los tratamientos hechos en la oficina y yo asigno a los doctores todos los pagos para los servicios médicos rendidos a mi. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos por mi plan de seguro en el cuál Somerset OB/GYN Associates participa, entiendo que soy responsable por cargos adicionales y deductibles, y entiendo que algunos planes de seguro (no cubren algunos servicios adicionales) .

Firma

Fecha

Pat Reg Form en español.pub 12-2009