UROLOGY ASSOCIATES OF SAN LUIS OBISPO

A Medical Group, Inc.

PACIENTE INFORMACIÓN DE REGISTRO

POR FAVOR IMPRIMA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
ÚLTIMOS PRIMEROS M.I.

DE DIRECCIÓN: _____ SEXO: F / M
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ ESTADO CIVIL: S / M / O / D

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEGURIDAD SOCIAL #: _____

IDIOMA PREFERIDO: _____ RAZA: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

OCUPACIÓN: _____ EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____

OCUPACIÓN DEL CÓNYUGE: _____ EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: _____

NOMBRES DE LOS NIÑOS: _____

QUE PODEMOS DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A: _____

PARTE RESPONSABLE INFORMACIÓN (SÓLO SI ES DISTINTO DEL PACIENTE)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, MI) : _____ TELÉFONO: _____

DE DIRECCIÓN: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL ZIP

MENCIONADO POR: _____ MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

_____ _____ _____
AMIGO O PARIENTE MÁS CERCANO NO RESIDEN CON USTED RELACIÓN TELÉFONO

**** INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ****

SEGUROS PRIMARIOS: _____ SEGURO SECUNDARIO: _____
SUSCRIPTOR: _____ SUSCRIPTOR: _____
RELACIÓN CON PACIENTE: _____ RELACIÓN CON PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PLAN DE SEGURO DEL EMPLEADOR?: SÍ NO PLAN DE SEGURO DEL EMPLEADOR?: SÍ NO

HE DE RECONOCER QUE EL PAGO SE REALIZA EN EL MOMENTO LA FECHA DE SERVICIO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A: COPAGO, DEDUCIBLES, CONSUMIBLES, O SI NO TENGO SEGURO MÉDICO, EL PAGO TOTAL SERÁ COBRADO EN EL MOMENTO DE SERVICIO. POR LO TANTO, COMPRENDO TAMBIEN, DE QUE NO EXISTE INFORMACIÓN NECESARIA QUE SERÁ ENVIADO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA QUE EL DOCTOR PUEDA RECIBIR PAGO DE SERVICIO PERFORMADAS

_____ _____
PACIENTE O RESPONSABLE FIRMA DATE