

**Registracion del Paciente**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Num. SS \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
 Sexo  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  
 Separado(a)  Divorciado(a)  
 Empleador del Paciente \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_  
 e-Mail \_\_\_\_\_ Telefono Cellular \_\_\_\_\_  
 Direccion de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

Nombre de suscrito \_\_\_\_\_ Relacion a paciente \_\_\_\_\_  
 SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Direccion (diferente del paciente) \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Compañia \_\_\_\_\_  
 No. de Poliza \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_  
 Direccion de la Compañia: \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO**

¿Paciente tiene otro seguro?  Si  No  
 Nombre de suscrito \_\_\_\_\_ Relacion a paciente \_\_\_\_\_  
 SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Direccion (diferente del paciente) \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Compañia \_\_\_\_\_  
 No. de Poliza \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_  
 Direccion de la Compañia: \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico \_\_\_\_\_

**REFERIDO POR**

Nombre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIO – LIBERAR SU ARCHIVO MEDICO**

Autorizo el pago de este servicio directo o al doctor o grupo medico cuyo nombre aparece arriba de este forma. Autorizo liberacion de cualquier informacion necesaria para procesar este reclamo. Entiendo y estoy de acuerdo que, soy responsable financieramente de todos los cargos; esto incluye pero no limita el deducible, co-pago, y servicios que no son cubiertos por la aseguranza.

\_\_\_\_\_  
 Firma de persona responsable

\_\_\_\_\_  
 Relacion

\_\_\_\_\_  
 Fecha