



# REGISTRO

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Pasado Primero Inicial

Lista de todos los otros nombres \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_ Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Empresario \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia a quien deberíamos llamar (nombre, parentesco, teléfono y dirección)? \_\_\_\_\_

¿Su plan de seguro incluye cobertura de beneficios de medicamentos recetados?  Si  No

¿Qué farmacia se utilizan? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Conocido alergia a medicamentos \_\_\_\_\_

Atención del médico de cabecera \_\_\_\_\_

A quien le podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

## SEGURO

**NOTA: Todas las copago, coseguro, cubiertos los gastos no deducibles y no satisfechas se deben and payable at the time of service. y debe pagarse en el momento del servicio.**

### SEGURO DE PRIMARIA (Mandado 1)

Nombre Insurance Co \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### SEGURO DE SECUNDARIA (Mandado 2)

Nombre Insurance Co \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**YO PAGO: Por favor notifique a la recepcionista de la forma de pago. Aceptamos efectivo, cheques y todas las de crédito tarjetas. El pago se espera en el momento del servicio.**

**-- CONTINÚA EN EL REVERSO --**

## COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones que reciba respecto a su información médica protegida en una forma y / o ubicación de su elección. Por favor, complete la siguiente información para ayudarnos a cumplir con sus necesidades. **Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque lo que corresponda):**

- |                                                                                    |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa _____                                 | <input type="checkbox"/> Oficio                                        |
| <input type="checkbox"/> ¿Se puede dejar mensaje detallado                         | <input type="checkbox"/> Aceptar para correo a mi dirección de su casa |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> Aceptar para correo a mi dirección de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo _____                                | <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____                      |
| <input type="checkbox"/> ¿Se puede dejar mensaje detallado                         | <input type="checkbox"/> Fax _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> Otro _____                                    |

## CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario autorizo a los médicos al doctor Landers, para proporcionar tratamiento médico y otros servicios tales como que consideren necesarios. Entiendo que no hay garantías expresas o implícitas respecto a los resultados de cualquier tratamiento médico previsto en esta clínica.

Al firmar este formulario, yo reconozco que he leído y entendido la *Notificación de prácticas de privacidad* dado a mí en el momento de la inscripción inicial que proporciona información detallada acerca de mis derechos y cómo y bajo qué circunstancias mi información de salud protegida puede ser usada y divulgada. I understand that Entiendo que mi información de salud puede ser usada y divulgada de conformidad con el *Aviso de prácticas de privacidad* para que cualquier tratamiento y / o servicios que recibo en esta clínica pueden ser facturados y cobrados de mí, una compañía de seguros, y / u otros terceros.

Entiendo que soy financieramente responsable por el pago completo por los servicios prestados o no pagados por el seguro. Por otra parte, al firmar esta forma estoy de acuerdo para asignar directamente al Dr. Landers todos los beneficios del seguro, en su caso, que mi seguro pague por los servicios prestados. Yo certifico que la información que proporciona en este formulario es completa y precisa.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**