



PATIENT REGISTRATION

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sex: _____

Dir. de correspondencia: _____ Cdad.: _____ Est.: _____ Zip: _____

Dirección de residencia: _____

Correo electrónico: _____ SS#: _____

Núm. de teléfono: _____ Cell.: _____ Trabajo: _____

Podemos dejar mensajes en todos los números? Y N

Estado civil: _____

Empleado: Tiem. Compl. Medio Tiem. Retirado Estudiante Desempleado

Idioma preferido: _____ Etnicidad: _____ Raza: _____

Autorizo a la siguiente persona a hablar en mi nombre con ENT Physicians & Surgeons:

MÉDICO DE CABECERA

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Cdad.: _____ Est.: _____ Zip: _____

Médico que le refirió (si diferente)

Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Cdad.: _____ Est.: _____ Zip: _____

Información de la persona responsable (si el paciente es menor de 18 en edad o el que paga es diferente)

Garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Cdad.: _____ Est.: _____ Zip: _____

Tél. de casa: _____ Celular: _____ Tél. de trabajo: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Tarjeta de seguro escaneada

Seguro primario: _____ Tél. de seguro: _____

Dirección: _____ Cdad.: _____ Est.: _____ Zip: _____

Núm. de cert.: _____ Núm. de grupo: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro secundario: _____ Tél. de seguro: _____

Dirección: _____ Cdad.: _____ Est.: _____ Zip: _____

Núm. de cert.: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tél. de casa: _____ Celular: _____

Entiendo que mi firma autoriza los pagos del seguro al proveedor. Autorizo la cesión de toda información médica necesaria para pagar reclamaciones al seguro. Autorizo la cesión de toda información médica para la continuación de cuidado del paciente. Entiendo y reconozco que si no pago de manera oportuna algún pago por el cual soy responsable, seré responsable por todos los costos de la colección de las sumas de dinero debido, incluyendo costos de corte y abogados.

Firma (paciente o guardián)

Fecha