

FORMA DE REGISTRO PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE: _____		SS#: _____	
DIRECCION: _____			
CIUDAD: _____		ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____
NUMERO DE TELEFONO CASERO: _____		NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO: _____	EXT.: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____		EDAD: _____	SEXO: VARON/HEMBRA
ESTADO CIVIL: S _____ M _____ D _____ W _____			
OCUPACION DEL PACIENTE: _____			
PATRON DEL PACIENTE: _____			
DIRECCION: _____			
EL NOMBRE DE ESPOSA: _____		SS# DEL ESPOSA: _____	
DIRECCION: _____		NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO: _____	
DEL NOMBRE DE LA FARMACIA Y DEL NUMERO DE TELEFONO: _____			

PRESENTA QUEJA (Incluya a parte del cuerpo implicada derecha o izquierda): _____			
		Fecha de accidente _____	
Fue Ud. lastimado en el trabajo? SI NO			
Ud. ha reportado su accidente a su patron? SI NO			
Diga nombre de la persona a contactar para verificar accidente: _____			
Nombre y direccion de la compania: _____			
Es este un accidente de automovil? SI NO			
Usted ha reportado su accidente de automovil al seguro? SI NO			
Diga el nombre y direccion del seguro de vehiculo y el numero de caso: _____			

AMIGO O PARIENTE QUE NO VIVA CON EL PACIENTE		MEDICO DE REFERENCIA/DOCTOR GENERAL	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
DIRECCION: _____		DIRECCION: _____	
CIUDAD: _____		ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____
CIUDAD: _____		ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____
TELEFONO: _____		TELEFONO#: _____	
RELACION: _____			

INFORMACION DE SEGURO

PORTADOR DEL SEGURO MEDICO

COMPANIA DE SEGUROS PRIMERO: _____

DIRECCION: _____

CUIDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

I.D.#: _____ NUMERO DEL GRUPO O DEL PLAN: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR : _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____ SS# DEL SUSCRIPTOR: _____

COMPANIA DE SEGUROS SECUNDARIO: _____

DIRECCION: _____

CUIDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

I.D.#: _____ NUMERO DEL GRUPO O DEL PLAN: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR : _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____ SS# DEL SUSCRIPTOR: _____

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO (debe ser completado si la persona responsable esta con excepcion de paciente):

Nombre: _____ Relacion: _____

Direccion: _____ Codigo Postal: _____ Telefono: _____

Nombre el patron y direccion: _____

Numero de telefono del trabajo: _____ SS#: _____

La persona firman de te esta forma de registro entiende que el o ella es en ultimadamente responsable por pagar por los servicios medicos rendidos. En caso que sea necesario su cuenta sera mandada a coleccion los honorarios del abogado y cargos de interes seran su responsabilidad.

Yo autorizo a la Asociacion Ortopedica de Somerset para que de informacion medica y financiera a mi seguro y al doctor que me refirio.

FIRMA (PACIENTE O PADRE DEL MENOR DE EDAD)

FECHA

Asigno por estemedio el pago directamente a la asociacion Orthopedica de Somerset, si no pagadero a mi.

FIRMADO (PERSONA DE LOS ASEGURADOS)

FECHA

Como usted desea pagar visita de hoy?

EFFECTIVO CHEQUE VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS