

REGISTRACION DEL PACIENTE

AC# _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Genero: _____ Numero Social: _____ - _____ - _____

Marital Status: Soltera/o () Viuda/o () Casada/o () Otro () _____

Padre/ Tutor (Si el Paciente es Menor de 18 años) _____

Direccion: _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Numero Trabajo: _____ Celular: _____

Email Address _____

Empleador: _____

Farmacia Preferida Nombre/Direccion: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relationship: _____

Contacto de Emergencia Telefono: _____

Contacto de Emergencia Direccion: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

INFORMACION DEL SEGURO Y FACTURACION DE LA POLIZA

Nombre del Dueño de la Póliza/Seguro _____ Fecha de Nacimiento: _____

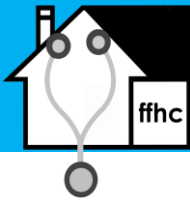
Parentesco con el Paciente: _____

Nombre de la Compania de Seguro _____ Telefono: _____

Direccion de la Compania de Seguro: _____

Numero de Seguro/Poliza: _____ Poliza/Grupo# _____

Medicare# _____ Medicaid# _____



AUTORIZACION DE TRATAMIENTO Y CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

YO AUTORIZO POR ESTE MEDIO A LA DOCTORA BIROTTE-SANCHEZ Y/O OTROS MÉDICOS, ENFERMERAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJAN PARA LA FAITH FAMILY HEALTH CARE, PARA ATENDERME A MÍ O MI HIJO(A) MENOR DE EDAD.

YO ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD DE PAGAR LOS SERVICIOS MÉDICOS INCLUSO SI TENGO LOS BENEFICIOS DE COBERTURA DE SEGURO. ASIGNO TALES BENEFICIOS A FAITH FAMILY HEALTH CARE P.C. Y A SUS PROFESIONALES DE SALUD MÉDICO. Y AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A ELLOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS A MÍ Y A MI HIJO (A) MENOR DE EDAD. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DEL PAGO FINANCIERO DE CUALQUIER CUENTA PENDIENTE QUE NO CUBRA MIS BENEFICIOS DE SEGURO. YO AUTORIZO POR ESTE MEDIO CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA O PERSONAL PARA FACILITAR EL PAGO DE SERVICIOS UNA FOTOCOPIA DE ESTA ASIGNACIÓN DE FIRMA EN ARCHIVO DE SER TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.

NOMBRE (por favor Letra de Molde): _____

FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____