

EL PASO CARDIOLOGY ASSOCIATES, P.A.

FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

PACIENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____
TEL. DE CASA: _____ TEL. DE TRABAJO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ GENERO: MASCULINO FEMENINO
LUGAR DE EMPLEO: _____ DIRECCION DE EMPLEO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
CONTACTO PARA EMERGENCIAS: _____ NUMERO DE CONTACTO: _____
¿POR QUIEN FUE REFERIDO?: _____ ¿ES SU VISITA RELACIONADA CON UNA HERIDA? SI NO
FECHA DE HERIDA: _____ ¿COMPENSACION PARA TRABAJADORES EN TEXAS? SI NO ¿ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO? SI NO

INFORMACION DE SEGURO

PARENTESCO CON EL ASEGURADO: SI MISMO CONYUGUE OTRO
SI NO ES USTED LA PERSONA ASEGURADA FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TEL. DE CASA: _____ TEL. DE TRABAJO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ GENERO: MASCULINO FEMENINO
LUGAR DE EMPLEO: _____ DIRECCION DE EMPLEO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL: _____

ASEGURANZA PRIMARIA

NOMBRE DEL SEGURO _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TEL: _____ NUMERO DE IDENTIFICACION DE TARJETA DEL ASEGURADO: _____
NOMBRE DE GRUPO/NUM DE TARJETA DEL ASEGURADO: _____ NOMBRE DEL ASEGURADO PRIMARIO: _____
PARENTESCO CON EL ASEGURADO SI MISMO CONYUGUE OTRO

ASEGURANZA SECUNDARIA

NOMBRE DEL SEGURO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TEL: _____ NUMERO DE IDENTIFICACION DE TARJETA DEL ASEGURADO: _____
NOMBRE DE GRUPO/NUM DE TARJETA DEL ASEGURADO: _____ NOMBRE DEL ASEGURADO PRIMARIO: _____
PARENTESCO CON EL ASEGURADO SI MISMO CONYUGUE OTRO

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

YO AUTORIZO LIBERACION DE DATOS MEDICOS Y CUALQUIER OTRA INFORMACION PARA PROCESAR ALGUN RECLAMO DE ASEGURANZA TAMBIEN PARA EL RECLAMO DE BENEFICIOS DE GOBIERNO PARA EL PAGO DE MIS SERVICIOS MEDICOS.

FIRMA: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

YO AUTORIZO QUE CUALQUIER PAGO POR RECLAMO DE ASEGURANZA POR MIS SERVICIOS MEDICOS SE HAGA DIRECTAMENTE AL MEDICO RESPONSABLE POR MI CUIDADO.

FIRMA: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE OBTENER AUTORIZACION Y REFERENCIAS REQUERIDAS POR MI COMPANIA DE SEGUROS. SI FALLO EN OBTENER AUTORIZACION/REFERENCIAS. ENTIENDO QUE YOU MISMO(A) SERE RESPONSABLE POR LOS PAGOS DE MIS SERVICIOS MEDICOS.

FIRMA: _____ FECHA: _____