



REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES

REGISTRO DE PACIENTES

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____
Sexo: Masculino / Femenino: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código Postal _____
Teléfono de la casa #: _____
Celda #: _____

Estado civil: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Empleador: _____
Teléfono del trabajo: _____
Contacto de emergencia: _____
Número de teléfono: _____
¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DE SEGURO/FACTURACIÓN

Compañía de Seguros PRIMARIA: _____
Número de teléfono: _____
Nombre del Asegurado: _____
Fecha de nacimiento: _____

Número de póliza o identificación: _____
Nombre o número del grupo: _____
Relación con el paciente: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguros: _____
Número de teléfono: _____
Nombre del Asegurado: _____
Fecha de nacimiento: _____

Número de póliza o identificación: _____
Nombre o número del grupo: _____
Relación con el paciente: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____

BENEFICIOS DEL SEGURO DE ASIGNACIÓN

Yo por este medio autorizo a Vegas Gastroenterology a procesar el costo total por el servicio ofrecido dicho día, también me hago responsable de pagar cualquier balance que mi seguro médico no haya pagado.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____
Nombre del tutor (en letra de imprenta) : _____ Fecha: _____