



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: _____