

TOWN CENTER FAMILY MEDICINE

REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____
Seguro Social: _____ Teléfono de Casa: (____) _____
Teléfono celular: (____) _____ Correo Electrónico _____
Dirección: _____ Apodo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Lugar de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: (____) _____
Dirección del trabajo: _____ Fecha de contrato: ____/____/____
Medico: _____ ¿Como se entero de nuestra clínica? _____

INFORMACION DEL SEGURO

-INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de la Persona Asegurada: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Seguro Social: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre del Seguro: _____ # Póliza: _____ # Grupo: _____
Lugar de empleo: _____ Fecha efectivo del seguro: ____/____/____

-INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la Persona Asegurada: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Seguro Social: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre del Seguro: _____ # Póliza: _____ # Grupo: _____
Lugar de empleo: _____ Fecha efectivo del seguro: ____/____/____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al medico y que yo soy responsable de pagar todas mis cuotas. Yo autorizo que mis informes médicos sean utilizados para hacer posible o facilitar la colección, verificación, o ajuste de mi cuenta por cualquier cantidad debida por mi o por mi compañía de seguros, u otros planes de salud. Este permiso incluye A FFPC, PC, o a cualquiera de sus agencias, prestadores, o grupo nombrado para FFPC, PC, o cualquier de sus afiliados.

Yo acepto pagar por todos los servicios prestados hacia mi persona o al nombre del paciente antes mencionado. Si yo no cumpla con el acuerdo financiero con FFPC y así sea necesario tomar alguna acción para cobrar mi cuenta, Yo acepto pagar todos los costos incurridos para cobrar mi cuenta, incluyendo sueldos de abogados y agencia recolectora. También, Yo acepto pagar por citas médicas que no cumpla y que no cancele con tiempo adecuado.

Yo autorizo a FFPC a examinar mi sangre para hepatitis y/o SIDA, si en su opinión, un empleado ha estado expuesto a un incidente como resultado de mi tratamiento, como lo requiere La Organización de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA).

FIRMA DEL ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA: Yo autorizo pago de mis beneficios médicos al medico abajo firmado por sus servicios.

Firma: _____ Fecha _____