

## La Informacion de Registro del Paciente

Por Favor lea y complete TODAS las secciones de abajo!

### Informacion Personal del Paciente

Estado Civil: Solo Casado Divorciado Viudo Sexo: Masculino Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Apellido primer nombre inicial

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Telefono de la Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Grupo etnico \_\_\_\_\_

### Paciente Informacion Responsable

Relacion con el Paciente: Yo Esposa/o Hijo/a Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Apellido primer nombre inicial

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguridad Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Telefono de la Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_

### Informacion Sobre el Seguro del Paciente

For Favor, presente las tarjetas de seguro a la recepcionista.

PRIMARIA Seguro de Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion con el Asegurado: <sup>Yo Conyuge</sup> Hijo/a Otro

Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_

SECUNDARIO Seguro de Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion con el Asegurado: <sup>Yo Conyuga</sup> Niño Otro

Poliza#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_

### Informacion de Referencia de Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Farmacia Informacion

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_

Telefono de la Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Asignacion de Beneficios ~ Acuerdo Financiero**

Yo doy la autorización de por vida para el pago de los beneficios del seguro que se hayan directamente a IKP Medicina de Familia, PA, y cualquier médico que preste asistencia con los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si son o no son cubiertos por el seguro. En el caso de incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de las colecciones y los honorarios del abogado. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. También estoy de acuerdo que una copia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_