

REGISTRACION Y INFORMACION DEL PACIENTE



5761 S. Fort Apache Rd.
Las Vegas, NV 89148
TEL: 702 341-6610
FAX: 702 341-6961

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo nombre

Direccion _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono Casa/Celular _____ / _____ Estado Civil _____ # Seguro Social _____

Nombre Trabajo _____ Ocupacion _____ # Telefono Trabajo _____

Direccion _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre de persona o compania que la refirio _____

Nombre de Persona Responsable _____ Relacion _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono Casa _____ # Seguro Social _____

Nombre de Trabajo _____ Ocupacion _____ # Telefono Trabajo _____

Direccion _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre de Persona or Pariente mas cercana para contractar en caso de emergencia que no viva con usted _____

Relacion _____ # Telefono _____

Direccion _____
Ciudad Estado Codigo Postal

INFORMACION DE ASEGURANZA

Nombre de Aseguranza Primaria _____ Poliza Fecha Efectiva _____

Direccion _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono _____ Nombre del asegurado _____ # Poliza _____ # Grupo _____

Nombre de Aseguranza Secundaria _____ Poliza Fecha Efectiva _____

Direccion _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono _____ Nombre del asegurado _____ # Poliza _____ # Grupo _____

AUTHORIZACION DE SEGURO Y ASIGNAMIENTO

Yo autorizo de dar cualquier informacion medica y necesaria para procesar cualquier reclamo(s) con mi compania de seguro/aseguranza y asigno beneficios para me paguen a mi o para que le paguen al doctor o grupo responsabilidad cualquier deducibles, co-pagos o cantidad de services que mi compania de seguro/aseguranza no cubran. Todos los servicios profesionales dados son cargos para el paciente. Yo doy y autorizo de dar todo mi expediente medico a mi doctor que esta en Desert Perinatal Associates y tambien para que continue dandome tratameinto medico.

El paciente es responsable de todos los cargos aunque haiga cobertura de seguro. En el evento de coleccion procedo en pagar de mi parte, y estoy de acuerdo de pagar lo que se le deba al doctor. Una copia de firma es valida como la original.

X _____ Fecha
 Firma del Paciente o
 Persona Respsnable (si es menor de edad)