

FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE

FECHA	
APELLIDO	
NOMBRE	
LETRA INICIAL	
FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO	
CIUDAD	
ESTADO	
CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO (CASA)	
NÚMERO DE TELÉFONO (TRABAJO)	
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR)	
GÉNERO	<input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> VARÓN
CORREO ELECTRÓNICO	
¿CON QUIÉN TIENE CITA?	<input type="checkbox"/> DR. MCNEILL <input type="checkbox"/> DR. ROSENBERG <input type="checkbox"/> ANÁLISIS SOLAMENTE
¿CÓMO SE ENTERO DE NOSOTROS? ¿Quién lo refirió?	
DOMICILIO DE QUIÉN LO REFIRIÓ	
QUIÉN ES SU MÉDICO PRINCIPAL	(IF SAME AS REFERRED ABOVE WRITE SAME)
DOMICILIO/TELÉFONO DE MÉDICO PRINCIPAL	
NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO (REQUIRIDO)	
¿NECESITA REFERENCIA?	___ SÍ OR ___ NO
¿Cuanto es su co-pago?	
DOMICILIO DE COMPAÑÍA DE SEGURO	
FECHA DE INICIO DE SEGURO	
FECHA DE CAUCIDAD DE SEGURO	
NOMBRE DE SUSCRIPTOR	<input type="checkbox"/> MISMO AL PACIENTE O
NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE SUSCRIPTOR	<input type="checkbox"/> MISMO AL PACIENTE O
FECHA DE NACIMIENTO DE SUSCRIPTOR	<input type="checkbox"/> MISMO AL PACIENTE O
PARENTESCO AL SUSCRIPTOR	<input type="checkbox"/> MISMO AL PACIENTE O
NÚMERO DE PÓLIZA	
NOMBRE DE GRUPO	
NUMERO DE GRUPO	
NUMERO DE TELÉFONO DE COMPAÑIA DE SEGURO	
SEGURO ADICIONAL	___ N/A OR
NOMBRE DE SUSCRIPTOR	<input type="checkbox"/> MISMO AL PACIENTE O <input type="checkbox"/> MISMO AL SUSCRIPTOR ARRIBA
NÚMERO DE PÓLIZA	
NOMBRE DE GRUPO	
NUMERO DE GRUPO	

¿Como se enteró de nosotros?  MÉDICO PRINCIPAL  REFERENCIA DE OTRO MÉDICO  
 PÁGINA WEB  INTERNET  FREDERICK NEWS POST  FREDERICK MAGAZINE  
 CARROLL COUNTY TIMES  ELEGANT LIVING  UNA CARTELERA  JOURNAL (WV)  
 EXPRESS NEWSPAPER  PÁGINAS AMARILLAS  THE GAZETTE  UN AMIGO \_\_\_\_\_  
 OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE) \_\_\_\_\_

YO ENTIENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE TODAS LAS TARIFAS YA SEA QUE SU ASEGURADORA PAGUE O NO. YO AUTORIZO AL MÉDICO PARA HACER DISPONIBLE INFORMACION A MI ASEGURADORA PARA EL PROPOSITO DE ASEGURAR PAGO O BENEFICIOS.



TAMBIEN AUTORIZO EL USO DE ESTA FIRMA PARA TODAS SUMISIONES ASEGURANTES Y COMO AUTORIZACION PARA QUE SE MANDEN PAGOS A MARYLAND SURGICAL CARE P.C. (DBA: CAPITOL VEIN & LASER CENTERS)

-----  
FIRMA DE PERSONA RESPONSIBLE

-----  
PARENTESCO

-----  
FECHA