



# FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE

## Información Personal

Fecha: \_\_\_\_\_ # de cuenta: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_  
Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar informacion en su buzón de voz?  Si  No  
Teléfono Principal: (número al que desea ser contactado): \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Núm. Tel.: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Estudiante de Tiempo Completo:  Si  No

## En caso de emergencia, por favor pongase en contacto con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Num. Tel.: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (si el paciente es un menor): \_\_\_\_\_  
¿Por quién fue referido?  Médico  Familiar  Amigo  Seguro  Otro: \_\_\_\_\_  
Nombre de médico remitente: \_\_\_\_\_ Núm. Tel.: \_\_\_\_\_  
Dirrección: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro:

*Por favor presente su tarjeta de seguro a la receptionista. Por favor dar Información completa.*

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente con el Asegurado:  Si Mismo  Cónyuge  Hijo  Otror: \_\_\_\_\_  
Num. De Póliza: \_\_\_\_\_ Núm. De Grupo: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente con el Asegurado:  Si Mismo  Cónyuge  Hijo  Otror: \_\_\_\_\_  
Num. De Póliza: \_\_\_\_\_ Núm. De Grupo: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**AVISO SOBRE RECLAMACIONES/PAGOS DE SEGUROS:**

Si está presentando un seguro para su visita, debemos tener la información completa y cualquier referencia necesaria a la hora de la visita. Si no puede proporcionar la información, no seremos capaces de presentar su seguro, y se requerirá el pago en su totalidad.

Pago de los cargos no se puede determinar hasta que el reclamo es presentado a su compañía de seguros. Pago se basará en su plan de salud individual, y la cantidad aplicado a su deducible y/o coaseguro del plan será su responsabilidad. Los procedimientos que están excluidos de la cobertura, en base a la determinación de su plan de necesidad médica, también será su responsabilidad. Su copago es debido en el momento de la visita y, en muchos casos, cubre solo el cargo por la visita al consultorio. Cualquier procedimiento realizado será considerado cirugía por su compañía de seguros, y pueden aplicar deducibles y coaseguros.

Para todos los otros pacientes, el pago se requiere en el momento del servicio. Nosotros le proporcionaremos la documentación necesaria para solicitar reembolso por su requerimiento.

**He leído la información anterior y entiendo que soy responsable por el pago de los servicios que reciba.**

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_