



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: _____