

OB/GYN REGISTRACION DE PACIENTE

Por favor escribe claro en orden para nosotros procesar su aseguransa e informacion correcto. Si todo la informacion no esta completa no podremos procesar el pago y usted sera responsable por el saldo de esta visita.

*FARMACIA PREFERIDA (NECESARIO)	CIUDAD	ESTADO	TELEFONO DE FARMACIA	
APELLIDO	NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		LENGUAJE PRINCIPAL	
DIRECCION DONDE RECIBE CORREO	APT #	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO EN CASA	NUMERO DE TELEFONO CELULAR		**TELEFONO PRINCIPAL	

INFORMACION DE ASEGURANS A PRINCIPAL

NOMBRE DE LA COMPANIA ASEGURANS A		NUMERO DE POLISA		
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA		NUMERO DE GRUPO		
RELACION CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL DUENO DE POLISA	DUENO DE POLISA # DE SEGURO SOCIAL		

INFORMACION DE ASEGURANS A SECUNDARIA

NOMBRE DE LA COMPANIA ASEGURANS A		NUMERO DE POLISA		
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA		NUMERO DE GRUPO		
RELACION CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL DUENO DE POLISA	DUENO DE POLISA # DE SEGURO SOCIAL		

PERSONA RESPONSABLE DE LOS PAGOS

RELACION CON EL PACIENTE (CIRCULE UNA)	YO MISMO	CONYUGE	PADRES	ABUELOS	OTRO
NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE	FECHA DE NACIMIENTO DE RESPONSABLE			# DE TELEFONO DEL RESPONSABLE	
DIRECCION DEL RESPONSABLE	APT #	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA USTED)

RELACION CON EL PACIENTE (CIRCULE UNA)	CONYUGE	PADRES	ABUELOS	HERMANOS	OTRO
NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA A CONTACTAR	# TELEFONO			# CELULAR	

Yo autoriso pago directo a Isbell Medical Group por servicios medicos dados por un Doctor o alguna persona bajo su supervision. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos que no se cubran por la aseguransa.

Yo tambien autoriso dar informacion necesaria en orden para que Isbell Medical Group reciba pago por sus servicios.

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECHA: _____

NOTA: Es responsabilidad del paciente que entregue formas de aseguransa a la clinica antes de alguna sirujia o en los casos de servicios prenatales, entregarlas antes de su tercer visita. Si su aseguransa requiere autorizacion antes de ser admitido, es su responsabilidad avisar al departamento de aseguransa.

OFFICE USE ONLY	
Updated by:	

Este authorization estara efectivo por 12 meses.