



FORMA DE REGISTRACION
ABC Health Care * Main Street Hospital * Health Center

CHART # / /

Form section containing fields for Apellido, Primer Nombre, Initial, Apellido de soltera, Fecha de nacimiento, Domicilio, Ciudad, Estado,Codigo Postal, Telefono, Grupo Etnico, Religion, Seguro Social, Sexo, Estado Matrimonial.

Form section containing fields for Trabajo, Domicilio, Ciudad, Estado, Codigo Postal, Telefono, Ocupacion.

Form section containing fields for Seguro Medico Primario, Nombre de Aseguradora, Numero de Polica, ID #, Seguro Medico Secundario, Nombre de Aseguradora, Numero de Polica, ID #.

Form section containing fields for Contacto de Emergencia, Relacion, Telefono, Domicilio, Ciudad, Estado, Codigo Postal.

Form section containing fields for Razon por su visita, Alguna Alergia.

Autorizacion / Permiso Soltar Informacion (incluyendo SIDA y Enfermedades Mentales)

Yo autorizo dar toda la informacion de mi condicion y tratamiento, o de mis hijos, incluyendo el diagnosis sea necesaria para el proceso de pago de mi compania de seguro o otro pagador, por los servicios de la oficina de los medicos. Yo autorizo y pido que me compania de seguro o la agencia del gobierno que va a pagar paguen los beneficios medico que me pertenecen directamente a los medicos asignados o el grupo de medicos. Comprometo que sere responsable para el pago de los servicios dados a mi o mis dependientes, incluyendo la porcion no pagado por me compania de seguro a otro pagador que tiene responsabilidad de pagar.

fecha firma