



Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____
 #SS del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Casado(a)
 Teléfono en casa: _____ Teléfono celular: _____ Soltero(a)
 Motivo de la consulta: _____ Hombre Mujer
 Correo electrónico del paciente: _____
 Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Nombre del médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
 Nombre del empleador: _____
 Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

¿Cómo dis se enteró de nosotros?
 (Por favor marque una)

- Valla Correo Directo Remitido por un doctor Pasábamos por aquí Empleador Paciente existente
 Amigo/pariente Compañía de seguro Internet Teatro de cine Periódico Radio Farmacia Escuela
 Complejo de Apartamentos

Pago de hoy

Cómo va a pagar
 la cuenta de hoy?

El pago de hoy lo va a hacer:

- El paciente – Yo pagaré la cuenta total usando: Efectivo Cheque VISA MasterCard Discover Tarjeta Débito
 La Compañía paga - Estoy participando en un programa que es pagado por la Compañía
 El seguro – Yo presentaré mi tarjeta de seguro y una forma de identificación aprobada
 (Por favor complete las siguientes dos secciones).

Información del seguro

Si usted está usando
 seguro para pagar
 la cuenta de hoy,
 por favor provéanos
 con la siguiente
 información...

Empleador de la persona asegurada: _____
 Compañía de seguro: _____
 Identificación del Miembro: _____ # de Grupo: _____
 Dirección de reclamos: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Tiene seguro con más de un plan de salud? Si No
 Si sí, nombre el otro seguro: _____
 ➔ (Por favor presente ambas tarjetas de identificación al registrarse)

Información de la cuenta

Si usted está usando
 seguro, esta es
 información acerca de
 la persona que tiene
 el seguro...

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Seg. Nombre: _____
 # de SS en la Cuenta: _____ Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA) _____
 Teléfono en casa: _____ Teléfono celular: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Relación con el paciente: Usted mismo Cónyuge Padre/Guardián Otro: _____
 (Por favor marque una)

Firma: _____ Fecha: _____