REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy_____Fecha de comienzo de /accidente/síntomas _____
Razón de la visita:_____
Doctor remitente: _____Teléfono_____

REGISTRO DEL PACIENTE:

Apellido del paciente:_____ Nombre:_____ Inicial segundo nombre: _____
Dirección: _____Apartamento:_____
Ciudad: _____ Estado:_____ Área postal: _____
Teléfono: Casa _____ Trabajo _____
Sexo: M/F Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____ Edad: _____ Peso: _____
Estado Civil: (S) (C) (D) (V) Número de Seguro Social #: _____ - _____ - _____
Nombre del Empleador _____
Contacto en caso de emergencia_____ Teléfono: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre de padre/madre/guardián:_____Relación/Parentesco _____
Dirección, si es otra _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____

¿LESIÓN DE COMPENSACIÓN LEGAL? _____
¿HERIDA POR ACCIDENTE DE CARRO?_____

¿Tiene un abogado para esta lesión/accidente? Sí_____ No _____
Si lo tiene: Nombre: _____
Dirección: _____
_____
Teléfono: _____ Fax: _____

SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE: (por favor presente la tarjeta)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____
Nombre del suscriptor/afiliado: _____ Relación con paciente: _____
Número de Seguro Social del suscriptor/afiliado:_____Fecha de nacimiento del afiliado: _____
Nombre del empleado (Grupo): _____
Identificación #: _____ Grupo #: _____
Compañía de Seguros secundaria: _____
Nombre del suscriptor/afiliado: _____ Relación con paciente: _____
Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____
Identificación #: _____ Grupo # _____

Cobro del Seguro: Por medio de la presente certifico que la información que he dado arriba con relación a la cobertura de mi seguro es correcta y autorizo a Timothy J. Greenan, M.D., P.C. a que provea a mi compañía de seguros con toda la información que pueda requerir mi compañía de seguros con respecto a mi actual enfermedad o lesión. Por la presente asigno a Timothey J. Greenan, M.D., P.C. todo el dinero al cual tengo derecho por todos los gastos relacionados con el servicio arriba reportado.

Cobro directo: Si mi compañía de seguros rehusa cubrir los gastos relacionados con el servicio de la fecha arriba reportada, pagaré dichos gastos prontamente. Además, pagaré cualquier costo incurrido en el cobro hecho a mí de la suma de dichos gastos.

_____ _____ _____
Firma del Paciente Fecha Testigo empleado de la oficina