

Patient Information Form

Registration Form (Spanish) – 05/21

Datos personales del paciente

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Apellido | Nombre | Número de SS | Sexo | Fecha de nacimiento |
| Dirección | | Ciudad | Estado | Código postal |
| <input type="checkbox"/> (____) | <input type="checkbox"/> (____) | <input type="checkbox"/> (____) | Estado civil: S C D V | |
| Teléfono de casa | Teléfono de trabajo | Teléfono celular | | |

Marcar la(s) casilla(s) si da su permiso para dejar un mensaje de voz detallado con información médica

Datos de facturación (si son distintos a los de arriba mencionados)

| | | | | |
|------------------|---------------------|------------------|--------|---------------------|
| Apellido | Nombre | Número de SS | Sexo | Fecha de nacimiento |
| Dirección | | Ciudad | Estado | Código Postal |
| (____) | (____) | (____) | _____ | |
| Teléfono de casa | Teléfono de trabajo | Teléfono celular | | |

Nombre de marido/padre (guardián) Número de SS Fecha de nacimiento Empleador

Otros miembros de la familia inmediata que son pacientes: _____

Persona de Contacto en Caso de Emergencia

_____ Teléfono (____) _____

Seguro Principal _____

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|---------------------|----------------------|
| | | Número de membresía | Número de grupo |
| Nombre del asegurado _____ | | | |
| | | Fecha de nacimiento | Relación al paciente |
| | | (____) | _____ |
| Seguro Social del asegurado | Empleador | Número de teléfono | |

Seguro Secundario _____

| | | | |
|--|--|---------------------|-----------------|
| | | Número de membresía | Número de grupo |
|--|--|---------------------|-----------------|

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____ Relación al paciente _____

Nombre del médico familiar _____ Teléfono (____) _____

Dirección del médico familiar _____

Nombre del doctor recomendante _____

Asignación de beneficios

Yo solicito que el pago de beneficios autorizados sea efectuado al Allergy Immunology Clinic por servicios recibidos. Yo autorizo que sea compartida información médica a la compañía de seguros o al Health Care Financing Administration y sus agentes a fin de tramitar la reclamación al seguro y/o determinar beneficios. Esta asignación permanecerá vigente hasta que el paciente la revoque por escrito. Un plan de pago está disponible y se lo puede concertar con el contador. El pago de esta cuenta vence 30 días tras recibir la factura. Nosotros le cobraremos a su compañía de seguros como una cortesía. No obstante, el paciente se responsabiliza para el pago de la factura. Se le cobrará una multa de \$20 por cualquier devolución de cheque del banco. Asimismo se le cobrará una multa de \$25 si el paciente falta a la cita o si no se cancela una cita con 24 horas de anticipación.

En lo mejor de mi conocimiento, la información proporcionada aquí es correcta y yo entiendo que soy responsable para el pago de esta cuenta.

Firma _____ Fecha _____

----- Para Uso Exclusivo de la Oficina -----

Verified with patient _____ Updated computer _____