



**FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE**

*Pedimos actualizar esta información anualmente*

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

CIRCULE UNO: SR. SRA. NOMBRE PREVIO: \_\_\_\_\_ (SI APLICA)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO  F  M # DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_ ETNICIDAD:  HISPANO  NO-HISPANO

ESTADO CIVIL:  SOLTERO(A)  DIVORCIADO(A)  PAREJA  VIUDO(A)

CASADO(A), NOMBRE DE ESPOSO(A) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL. CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ TEL. DE TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL. CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ TEL. DE TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_



**PERSONA RESPONSABLE:** (PERSONA RESPONSABLE ES LA PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LOS ESTADOS DE CUENTAS DEL PACIENTE)

USTED ES EL/LA PRINCIPAL ASEGURADO(A) EN SU CUENTA DE SEGURO?  SI  NO

SI NO ES EL PRINCIPAL, LLENE LA INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL DEBAJO:

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SEXO  F  M

NOMBRE DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

**FARMACIA**

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TEL (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Consentimiento a tratamiento medico:** Yo voluntariamente doy mi consentimiento a los procedimientos diagnósticos y cuidado estimado necesario por el medico, sus asistentes o designados consultantes. Yo entiendo que la practica de medicina y cirugia no es una ciencia exacta y también reconozco que ninguna garantía ha sido hecha sobre los resultados de una examinacion o tratamiento en esta clínica.

**Condiciones de servicios clínicos y financieros:** Su seguro sera automáticamente facturado como cortesía a usted. Por favor verifique que su información de seguro arriba este correcta. Los copagos y deducibles aun no pagados son debidos al tiempo del servicio. Yo entiendo y reconozco que soy responsable por todos los cargos designados ser mi responsabilidad los cuales no han sido pagados por mi seguro.

**Cancelación de citas:** Se debe llamar dentro de 24 horas de su cita para cancelar y evitar un cargo por cancelación de \$20. Si una emergencia surge dentro de las 24 horas antes de la cita, también debe llamar a la oficina y explicar su situación para evitar el cargo de cancelación.

**Autorización de liberación de información:** Yo autorizo a mi proveedor que libere toda información perteneciendo a mi tratamiento a mi compañía(s) de seguro y a cualquier otro médico o proveedor de salud a quienes me pueden referir. Yo autorizo a agencias regulatorias y acreditadas que puedan revisar mis expedientes medicos durante encuestas o inspecciones.

**Asignación de beneficios:** Asigno todos los beneficios médicos o quirúrgicos, que incluyen beneficios médicos a que tengo derecho, incluyendo Medicare, Medicaid, seguro privado y otros planes de salud a: **Carreras Medical Center, LLC**

**Aviso de privacidad:** Mi firma a continuación reconoce que me han dado la oportunidad de recibir una divulgación completa de las prácticas de privacidad como se describe por la ley de portabilidad y rendición de cuentas de seguro médico de 1996.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_