

Formulario de inscripción

Fecha: _____

(POR FAVOR IMPRIMIR)

Teléfono de Casa: (____) _____

Paciente: _____

Teléfono Móvil: (____) _____

Apellido

Nombre de Pila

Inicial del segundo nombre

Parte responsable (si es menor de edad) _____

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo: M F Años: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Casado Viudo Soltero Niño
 Separado Divorciado Socios para _____ años

Paciente Empleador/Escuela: _____

Empleado/Escuela de dirección: _____

Ocupación: _____ Empleador/Escuela teléfono: _____

Cónyuge (O responsable) empleado por: _____

Dirección de Negocios: _____

Ocupación: _____ Teléfono de Negocios: _____

Propósito de la Visita: _____

Quien es responsable de esta cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

Numero de seguro Social #: _____ Seguro social de su cónyuge #: _____

Tiene seguro médico: No Si En caso afirmativo

Nombre de la aseguradora primaria: _____

Contrato # _____ Grupo # _____ Abonado # _____

Nombre del seguro secundario: _____

Contrato # _____ Grupo # _____ Abonado # _____

Seguro Médico del estado Seguro de enfermedad Identificación reclamo # _____

Si Welfare, su número de _____ Condado de: _____

Prefiero: Abonar el saldo al momento del servicio Pagar el saldo en su totalidad a la recepción de la primera declaración

Hacer arreglos de pago antes de los servicios

¿En caso de emergencia, quien debe ser notificada _____ Teléfono: (____) _____

Su nombre de la farmacia: _____ Teléfono: (____) _____

¿Cómo aprendió de nuestra practica _____

SEGURO DE SALUD ASIGNACION DE COBERTURA Y DIVULGACION DE INFORMACION

Certifico que yo y/o mis dependientes, tengo cobertura de beneficios del salud con _____
Nombre de beneficios del salud

y asignar directamente al **Dr. Peghee** todos los beneficios del salud, en su caso, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por los beneficios para la salud. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El medico nombrado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información a las empresas de beneficios de salud arriba mencionados y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminara cuando mi plan tratamiento actual se ha completado o un año desde la fecha de la firma a continuación.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

relación con el paciente