

# Informacion de Registro de Paciente

Por Favor Complete todas las secciones

## INFORMACION DEL PACIENTE

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Telefono de Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Telefono De Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Ethnicidad: \_\_\_\_\_ Idioma Primario: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

Relacion con el Paciente:  Esposo/a  Hijo/a  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Telefono de Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Telefono Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE

Por favor presentar las tarjetas del Seguro a la recepcionista.

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Nombre de Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona Asegurada:  Esposo/a  Hijo/a  
Polisa #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro SECUNDARIO: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Nombre de Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona Asegurada:  Esposo/a  Hijo/a  
# Polisa: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### Beneficios • Acuerdo Financiero

Por medio de este documento doy mi autorizacion de por vida para el pago por parte del seguro, a la clinica Youens & Duchicela y algunos asistentes medicos por los servicios prestrados. Yo entiendo que soy responsable economicamente por todos los gastos, si aquellos no son cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costos por impuestos y los honorarios de un abogado. Por medio de este documento autorizo que este seguro de salud proporcione toda la informacion necesaria para el pago de los gastos; autorizo ademas que cualquier informacion sea utilizada como fuera necesarian en case de una demamda. Quien firme el presente documento, o mi persona se es el caso, autoriza y solicita pagar los beneficios gubernamentales. Finalmente estoy de acuerdo con que una fotocopia de este documento sea igual de valida como el original.

Fecha: \_\_\_\_\_ Su Firma Legal: \_\_\_\_\_