

FORMULARIO DE REGISTRO

(Por favor complete todas las secciones)

Fecha: ___/___/___

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Estado Civil	Fecha Nacimiento:
Street Address	City	State	ZIP Code	Seguro Social
Correo Electronico:				Teléfono

Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico y configurar el Portal del Paciente? Si No

¿Recibir recordatorios de texto y estados de cuenta de los pacientes? Si No

Farmacia Preferida: _____

Laboratorio Preferido: _____ Centro Diag. Preferido _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Seguro Primario	Nombre del Suscriptor		
Fecha Nacimiento del Suscriptor:	No. de Póliza:	No. de Grupo:	
Relación del paciente con el suscriptor <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre del Seguro Secundario	Nombre del Suscriptor		
Fecha Nacimiento del Suscriptor:	No. de Póliza:	No. de Grupo:	

Relación del paciente con el suscriptor Yo mismo Cónyuge Hijo Otro _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Parentesco	Telefono Casa:	Telefono Celular:
--------	------------	----------------	-------------------

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro paguen directamente a Rois Medical Group. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Rois Medical Group o a la compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del paciente/tutor _____

Fecha _____