

BIENVENIDA

Registracion

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

No de Telefono: _____ Tel de Empleo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ No de S.S.: _____ Estado Civil: Soltera Casada Viuda Separada Divorciada

Ocupacion: _____ Empleador: _____

Direccion de Empleador: _____

Nombre de Esposo (O Guardian legal si paciente en menor del 18): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ No de S.S.: _____ Ocupacion: _____

Direccion de Empleador: _____ Telefono de Empleo: _____

Direccion de Empleador: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN DEBEMOS NOTIFICAR?

Nombre: _____ Relacion: _____

Telefono #: _____

Declaracion al Beneficiario

Autorizacion para que el seguro le pague a la oficina de el Dr. Riachi. Reconocimiento que el paciente sera responsable del balance, y si el seguro no paga. Tambien da autorizacion para dar informacion medica sobre usted mientras que sea necesario. La compania de seguro cumplira con el deber de determinar los beneficios de el paciente. Reportes, formularios, copias de su expediente deben ser solicitados con una semana de anticipacion.

Authorized Signature: _____