

SADDLEBACK FAMILY AND URGENT CARE REGISTRATION FORM

(letra en molde)

Fecha de hoy :				Primary Care Physician:				
INFORMATION DEL PACIENTE								
Apellido:		Primer nombre:		Inicial de Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.	Estado Civil (circule uno)	
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si no cual es su nombre legal		Correo electronico:		Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:				Numero de seguro social:		Telefono: ()		
P.O. box:		Ciudad:		Estado:		Zona Postal:		
Ocupacion:		Nombre de Empleador				Telefono de Empleador: ()		
Elijo la clínica porque / Referido a la clínica por (marque una casilla):								
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo/a		<input type="checkbox"/> Cerca de casa / trabajo		<input type="checkbox"/> Plan de seguro	<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas		<input type="checkbox"/> Otro						
INFORMACIÓN DEL GARANTE Y SEGURO (POR FAVOR DÉ LA TARJETA DEL SEGURO AL RECEPCIONISTA)								
Persona responsable de la factura:		Fecha de Nacimiento: / /		Dirección (si es diferente):		Telefono: ()		
Ocupacion:	Empleador:	Dirección de Empleador:				Telefono: ()		
¿Este paciente está cubierto por un seguro Medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
Por favor indique seguro primario								
<input type="checkbox"/> Aetna		<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross		<input type="checkbox"/> Blue Shield		<input type="checkbox"/> CalOptima	<input type="checkbox"/> Cigna	
<input type="checkbox"/> Healthnet		<input type="checkbox"/> Humana		<input type="checkbox"/> Monarch Healthcare		<input type="checkbox"/> United Healthcare		
<input type="checkbox"/> Otro:		_____						
Nombre del suscriptor:		Numero de seguro social suscriptor :	Fecha de Nacimiento : / /	Numero de grupo:		Policy no.: número de póliza	Co-pago: \$	
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Conguge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro								
Nombre del seguro secundario (si corresponde):		Nombre del suscriptor:			Numero de grupo:		Policy no.: número de póliza	
Relación del paciente con el suscriptor <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro								
EN CASO DE EMERGENCIA								
Nombre de familiar / conocido				Relacion con el paciente:		Telefono: ()	Telefono de trabajo: ()	
<p>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO / LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Certifico que la información anterior es verdadera y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico o quirúrgico prestado al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del proveedor. La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Saddleback Family & Urgent Care. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo, incluidos, entre otros, los copagos, los deducibles y los servicios no cubiertos. También autorizo a Saddleback Family y a la compañía de seguros o atención urgente a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. También acepto completar toda la documentación necesaria para que mi compañía de seguros pague mi reclamo y acepto todos los cargos si el pago no se realiza en nombre de mi compañía de seguros.</p>								
Firma del paciente / tutor						Fecha		