

# REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

# EAST BELT FAMILY MEDICINE

5402 E. Sam Houston Pkwy. N.

Houston, TX 77015

Telephone: (281) 457-6535

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ No. de Identif. del Paciente/SS/HIC \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Menor de Edad  
 Separado(a)  Divorciado(a)  Ha vivido con su pareja por \_\_\_\_ años

Empleador o Escuela del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador o Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador o Escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Persona Responsable Empleada por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

## SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional?  Sí  No

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Suscriptor Empleado por \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

## TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente al  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. \_\_\_\_\_ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Fecha \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_