



FORMA DE REGISTRO

(FAVOR USAR LETRA DE IMPRENTA O DE MOLDE)

ASEGURANZA

Fecha de hoy:				PCP: Rapid Care Medical Clinic					
INFORMACION DEL PACIENTE									
Nombre:		Apellido:		Inicial:		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss. <input type="checkbox"/> Ms.	Estado civil Soltero / casado / Div / Sep / viudo	
Es alergico/a a alguna medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si lo es, a cual?		Es mayor de 18 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion:				Soeguro Social no.:		Numero de telefono.: ()			
Apt #:		Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:			
Ocupacion:		Donde trabaja:				Numero del trabajo: ()			
Como supo de la clinica (Marque uno):				<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> TV		<input type="checkbox"/> Vive cerca	
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> paso y vio la clinica		<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas		<input type="checkbox"/> Otro	
Other family members here:									

INFORMACION DE SU ASEGURANZA (SEGURO MEDICO)									
(FAVOR ENTREGAR LA TARJETA DE SU ASEGURANZA O SEGURO A LA RECEPCIONISTA)									
Nombre del responsable de la Aseguranza:			Fecha de Nacimiento: / /		Direccion (si es diferente)			Numero de Telefono.: ()	
Es usted el paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Ocupacion:		Donde trabaja:		Direccion del trabajo:			Telefono del Trabajo: ()		
Esta el paciente en la Aseguranza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Cual es la aseguranza?		<input type="checkbox"/> Culinary		<input type="checkbox"/> BCBS		<input type="checkbox"/> Sierra		<input type="checkbox"/> Medicare	
<input type="checkbox"/> Aetna		<input type="checkbox"/> Great west		<input type="checkbox"/> Beech Street		<input type="checkbox"/> United Healthcare		<input type="checkbox"/> Other	
Nombre que aparece en la tarjeta:		Seguro Social del que aparece en la tarjeta:		Dia que recibio la tarjeta: / /		Numero de grupo.:		Numero de Poliza.:	
Relacion con el paciente:		<input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Esposa		<input type="checkbox"/> Hijos		<input type="checkbox"/> Otra	
Tiene otra aseguranza:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre de la aseguranza:		Numero de Grupo.:		Numero de Poliza.:	

EN CASO DE EMERGENCIA O PERSONA RESPONSABLE SI ES MENOR DE EDAD									
Nombre de la persona en caso de emergencia (que no viva con usted)				Relationship to patient:		Home phone no.: ()		Work phone no.: ()	
Al firmar este documento yo autorizo a INSTANT CARE MEDICAL CLINIC para que envíe cobros a mi compañía de seguro medico por cualquier tratamiento medico que halla proveído. en caso de que mi seguro no pague mi tratamiento medico, yo acepto la responsabilidad financiera por dicho tratatmiento. Yo tambien entiendo que cualquier cantidad de dinero que yo pague a INSTANT CARE MEDICAL CLINIC no me sera reembolsada.									
Firma del Asegurado					Fecha				