

StDavid's HEART & VASCULAR

Formulario de Registro para el Paciente

(Por favor escriba con letra de molde o de imprenta)

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer transgénero a hombre Hombre transgénero a mujer Genderqueer Elige no especificar
 Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuál es su número preferido:

Número de Teléfono de Casa: (____)-____-____ Número de Teléfono del Trabajo: (____)-____-____

Número de Teléfono Móvil: (____)-____-____ Correo Electrónico: _____

Idioma Preferido: _____ Estado Civil: _____ Raza/Etnia: _____

Contacto en Caso de Emergencia: _____ Parentesco: _____

Número de Teléfono Primario: (____)-____-____ Número de Teléfono Secundario: (____)-____-____

Médico de Cabecera o Primario: _____ Médico que nos Recomendó: _____

Nombre del Empleador: _____ Ocupación/Profesión: _____

Dirección Laboral: _____ Número de Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Plan Médico

Su(s) tarjeta(s) de plan médico o prueba de tener un plan médico vigente debe ser presentada al momento del servicio.

Nombre del Plan Médico Principal o Primario: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del Beneficiario: _____ Fecha de Nacimiento del Beneficiario: ____/____/____

Nombre del Plan Médico Secundario: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del Beneficiario: _____ Fecha de Nacimiento del Beneficiario: ____/____/____

Nombre del Plan Médico Terciario: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del Beneficiario: _____ Fecha de Nacimiento del Beneficiario: ____/____/____

Asignación y Autorización de Beneficios para Pacientes con Plan Médico

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, plan médico privado y otros planes médicos a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, pagos compartidos (co-insurance y copay en inglés) y deducibles. Yo autorizo la divulgación de porciones de mi récord médico al grado que sea necesario para determinar mis beneficios, obtener pagos y reembolso. Yo autorizo a que hagan reclamos a mi plan médico y a que mi plan decida asignar mis beneficios.

Firma del Paciente o Persona que lo representa

Fecha

Reconocimiento Financiero para Pacientes sin Plan Médico

A aquellos pacientes que no estén cubiertos por un plan médico, se les espera pagar el monto completo al momento del servicio. Yo acepto que soy responsable financieramente por todos los cargos incurridos durante mi visita o servicio obtenido.

Firma del Paciente o Persona que lo representa

Fecha