

registro del paciente—adulto

DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

Favor de completar ambos lados de esta forma

NOMBRE DEL MÉDICO

FECHA

información del paciente (favor de imprimir)						
NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CONDADO	APELLIDO MATERNO	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)	TÉLFONO CASA ()	TÉLFONO CELULAR / PAGER ()	¿LO PODEMOS CONTACTAR POR CORREO ELECTRÓNICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		LENGUA MATERNA	
COMPAÑÍA EMPLEADORA (si es jubilado, favor de indicarlo)		OCUPACIÓN		DIRECCIÓN ELECTRÓNICA		
DIRECCIÓN DE SU COMPAÑÍA EMPLEADORA		CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL DE SU COMPAÑÍA EMPLEADORA		TÉLFONO DE TRABAJO ()	TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO	
información del cónyuge						
NOMBRE DEL CÓNYUGE (apellido, nombre, segundo nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCIÓN		CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		TÉLFONO CASA ()		
COMPAÑÍA EMPLEADORA (si es jubilado, favor de indicarlo)		OCUPACIÓN		TÉLFONO DE TRABAJO ()		
contacto en caso de emergencia 1			contacto en caso de emergencia 2			
NOMBRE (apellido, nombre, segundo nombre)		RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	NOMBRE (apellido, nombre, segundo nombre)		RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	
TÉLFONO CASA ()			TÉLFONO CASA ()			
TÉLFONO DE TRABAJO ()			TÉLFONO DE TRABAJO ()			
responsable de la cuenta						
RESPONSABLE DE LA CUENTA (parte responsable)			RELACIÓN <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE / MADRE <input type="checkbox"/> OTRO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN		CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL			CONDADO	
COMPAÑÍA EMPLEADORA (si es jubilado, favor de indicarlo)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	TÉLFONO CASA ()		
DIRECCIÓN DE SU COMPAÑÍA EMPLEADORA		OCUPACIÓN		TÉLFONO DE TRABAJO ()		
CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL DE SU COMPAÑÍA EMPLEADORA			FECHA DE INICIO EN LA COMPAÑÍA		TÉLFONO CELULAR / PAGER ()	
seguro primario y secundario (adjunte copia de la parte de adelante y atras de su tarjeta de seguro)						
COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIA		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DEL GRUPO		NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN / NO. DE PÓLIZA	RELACIÓN <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE / MADRE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> OTRO	FECHA EN EFECTO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA EMPLEADORA		DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA EMPLEADORA		CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CO-PAGO
COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIA		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DEL GRUPO		NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN / NO. DE PÓLIZA	RELACIÓN <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE / MADRE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> OTRO	FECHA EN EFECTO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA EMPLEADORA		DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA EMPLEADORA		CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CO-PAGO

Certifico que la información que proporciono aplicable para pago bajo el Título XVIII del Social Security Act es correcta.

autorización para liberación de información

Autorizo a esta identidad liberar cualquier información, a mi compañía de seguro o a sus agentes designados, relacionada con mi cuidado médico (físico y/o psicológico), consejos, tratamiento o suministros recibidos con el propósito de administración, revisión, investigación o evaluación del cubrimiento de pago y uso de servicios. Certifico que la copia de esta información es válida como su original. Notificaré por escrito a esta identidad de cualquier información que deseo no sea revelada.

X

FIRMA

FECHA

registro del paciente—adulto

DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

designación de beneficios

Autorizo la designación de beneficios pagaderos a DUPAGE MEDICAL GROUP y/o sus designatarios de servicios médicos y suministros por el gobierno y/o cualquier otra tercera identidad. Comprendo que me hago responsable del pago de todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos.

autorización de cargos adicionales

En el caso de que cualquier demanda o acción sea tomada para hacer el cobro de esta cuenta o cualquier porción de ella, el paciente/responsable será responsable de todos y cualquier gasto, no limitados a tarifas de abogado, costos de la corte, tarifas de cobros, interés y cualquier otro costo adicional a esta acción que puedan producirse.

autorización de tratamiento

Estoy de acuerdo con cualquier examinación, tratamiento y procedimientos que pueden producirse durante visitas de oficina, incluyendo tratamiento de emergencia considerado como necesario por parte del médico y/o sus empleados.

X

FIRMA

FECHA

