

Registro de Paciente

Boerne Urgent Care & Occupational Health Center

REGISTRO DEL PACIENTE

Razón por esta consulta _____
Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Género: M F
Dirección de Correspondencia _____ Fecha de nacimiento _____
Ciudad/ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____
¿Cómo supo de nuestra clínica? _____
Estado Matrimonial: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR DEL PACIENTE / PARTIDO RESPONSABLE

Nombre _____ Ocupación _____
Nombre de Empleador _____ Número del trabajo _____
Número del Celular _____
Dirección del Empleador _____ Ciudad/ Estado _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Género: M F
Dirección de Correspondencia _____ Ciudad/ Estado _____ Código Postal: _____
Número Telefónico de Hogar _____ Número Telefónico de Trabajo _____
Número Telefónico de Celular _____

PERSONA A QUIEN SE DEBE DAR AVISO EN CASO DE EMERGENCIA (APARTE DEL PADRE O MADRE)

Nombre _____ Parentesco _____
Dirección de Correspondencia _____ Ciudad/ Estado _____ Código Postal: _____
Número Telefónico de Hogar _____ Número Telefónico de Trabajo _____
Número Telefónico de Celular _____

SEGURO

#1 Nombre de Seguro Primario _____ # de Identificación _____
Plan _____ Grupo _____
Nombre de Suscriptor _____ Parentesco _____ Empleador de Suscriptor _____
Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
#2 Nombre de Seguro Primario _____ # de Identificación _____
Plan _____ Grupo _____
Nombre de Suscriptor _____ Parentesco _____ Empleador de Suscriptor _____
Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN Y PERMISO

Por la siguiente doy mi consentimiento a Cuidado Urgente y Centro de Salud Ocupacional de Boerne que me dé tratamiento, he leído y acepto sus Pólizas de Privacidad. Por la siguiente autorizo el relevo de cualquier información identificable individual de salud requerida para mi tratamiento o en el proceso de este reclamo. También autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Cuidado Urgente y Centro de Salud Ocupacional de Boerne. Soy económicamente responsable por servicios no cubiertos, deducibles, co-pagos y co-seguro.

Firma: _____
(Paciente, Padre, Tutor Legal)

Fecha: _____
Conducir

Adjunte Copias de: Cartilla de Seguro/ Licencia de