

Registracion del Paciente

- FEMENINA
 MASCULINO

Fecha _____

APELLIDO DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION			NO. DE APT.
CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL	NO. DE SEGURO SOCIAL	
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE TRABAJO	CELULAR	EMAIL	STATUS MARITAL	
OCUPACION	NOMBRE DE COMPANIA	DIRECCION			
CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y DIRECCION)				TELEFONO	

INFORMACION DE REFERENCIA

REFERIDO POR:	APELLIDO	PRIMER NOMBRE
TELEFONO	DIRECCION	

RESPONSABILIDAD FINANCIERA (SI ES IGUAL, MARQUE AQUI - DE OTRA FORMA, COMPLETE ESTA SECCION)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEGURO SOCIAL	RELACION CON PACIENTE
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE TRABAJO	NOMBRE DE COMPANIA Y DIRECCION		

INFORMACION DE CREDITO – VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER

NOMBRE DE TARJETA Y NO.	EXPIRACION	NOMBRE DE TARJETA Y NO.	EXPIRACION	FIRMA
-------------------------	------------	-------------------------	------------	-------

ASEGURANZA – Por favor, presente su tarjeta de aseguranza a la recepcionista

NOMBRE DE ASEGURANZA	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> POS	NOMBRE DE POLIZA	FECHA DE NACIMIENTO
----------------------	--	------------------	---------------------

Yo doy mi consentimiento para el tratamiento necesario y cuidado del paciente mencionado.

Yo autorizo que todos mis expedientes medicos sean solicitados a todos los doctores y familiares referidos y a mi compania de aseguranza, si aplica.

Yo permito que transmitan por fax mi expediente medico si es necesario.

Yo reconozco la completa responsabilidad financiera por los servicios rendidos por Los Angeles Ear, Nose & Throat Associates, y autorizo transferencia de todas mis cuentas no pagadas a mi tarjeta de credito despues de 120 dias de la fecha de mi ultima visita.

Yo entiendo que el pago de los servicios rendidos se paga el mismo dia de cada visita, almenos que otros areiglos financieros sean difinidos antes de algun tratamiento.

Estoy de acuerdo en pagar todas la cantidades rasonables al abogado y costos colleccionados en el evento de faltar a mis pagos.

Adicionalmente autorizo y demando que mis pagos de aseguranza sean hechos directamente a Los Angeles Ear, Nose & Throat Associates.

He leido todo completamente y entiendo el contenido del consentimiento para el tratamiento, la responsabilidad financiera, la entrega de informacion medica y autorizaciones de aseguranzas.

Fecha _____

Firma _____