

Registro del Paciente - Adulto

DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

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	
DIRECCI. N	APARTAMENTO	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)	TELÉFONO CASA () ()	TELÉFONO CELULAR/ PAGER () ()	¿LO PODEMOS CONTACTAR POR CORREO ELECTRÓNICO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
LENGUA MATERNA			
COMPañIA EMPLEADORA (si es jubilado, favor de indicarlo)	TELÉFONO DE TRABAJO () ()	TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA
contacto en caso de emergencia 1		contacto en caso de emergencia 2	
NOMBRE (apellido, nombre, segundo nombre)		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"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> OTRO		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"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> OTRO	
TELÉFONO CASA () ()		TELÉFONO CASA () ()	
TELÉFONO DE TRABAJO () ()		TELÉFONO DE TRABAJO () ()	
TELÉFONO CELULAR () ()		TELÉFONO CELULAR () ()	
responsable de la cuenta - Si el paciente y el garante de la cuenta son los mismos - por favor diríjase a la sección de seguro			
RESPONSABLE DE LA CUENTA (parte responsable)		RELACIÓN <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN		APARTAMENTO	CIUDAD /ESTADO/ CÓDIGO POSTAL
CONDADO		FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COMPañIA EMPLEADORA(SI ES JUBILADO,FAVOR DE INDICARLO)	TELÉFONO CASA () ()	TELÉFONO DE TRABAJO () ()
TELÉFONO CELULAR/ PAGER () ()			
seguro primario y secundario (adjunte copia de la parte de adelante y atras de su tarjeta de seguro)			
COMPañIA DE SEGURO PRIMARIA		NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN	CO-PAGO
FECHA EN EFECTO	RELACIÓN <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> MADRE/PADRE <input type="checkbox"/> UNO MISMO	<input type="checkbox"/> OTRO	
COMPañIA DE SEGURO SECUNDARIA		NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN	CO-PAGO
FECHA EN EFECTO	RELACIÓN <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> MADRE/PADRE <input type="checkbox"/> UNO MISMO	<input type="checkbox"/> OTRO	
<i>Certifico que la información que proporciono aplicable para pago bajo el Título XVIII del Social Security Act es correcta.</i>		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.			
FIRMA		FECHA	
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.			
FIRMA		FECHA	

