

REGISTRACION de PACIENTE

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	FECHA de NACIMIENTO	FEMENINA/ MASCULINO
DIRECCION		NUMERO de TELEFONO	
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	SEGURO SOCIAL
ESTADO CIVIL	EL NOMBRE DE SU ESPOSO/A		
TELEFONO DE EMERGENCIA (no el de la casa)		NOMBRE DE LA PERSONA PARA EMERGENCIA	
NUMERO DE CELULAR	QUIEN LO REFIRIO AQUI? NUMERO de TELEFONO	QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO?	
INFORMACION DE LA ASEGURANSA			
NOMBRE de su SEGURO PRIMARIO		NOMBRE del ASEGURADO	
NOMBRE de su SEGURO SECUNDARIO		NOMBRE del ASEGURADO	
INFORMACION de la PERSONA RESPONSABLE			
NOMBRE de la PERSONA QUE SE HARA RESPONSABLE POR LOS RECIBOS		SI EL NOMBRE ANTERIOR ES DISTINTO AL PACIENTE, INCLUYA LA RELACCION AL PACIENTE	
SU NUMERO de SEGURO SOCIAL		SU FECHA de NACIMIENTO	
DIRECCION y NUMERO de TELEFONO (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)			
EMPLEO del PACIENTE			
EMPLEO del PACIENTE		EMPLEO de su ESPOSO/A	
NOMBRE		NOMBRE	
DIRECCION		DIRECCION	
CIUDAD		CIUDAD	
NUMERO de TELEFONO		NUMERO de TELEFONO	

Autorizo cualquier informacion medica necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro. Autorizo pago de beneficio medicos directamente a la doctora Maha Abboud/Terri Washington por el bien de mis dependientes al igual que el mio. Entiendo que sere responsable por cualquier deducible, seguro secundario o cualquier costo de servicio que no seran cubiertos por mi seguro. Mi firma autoriza ser examinado/a y tratado/a por la doctora Abboud/Washington.

FECHA: _____ FIRMA: **X** _____

Su firma es el reconocimiento de que usted ha recibido esta Nota de nuestras Practicas de la Privacidad. La Nota de Practicas de la Privacidad describe como podemos usar y revelar su informacion confidencial.

FECHA: _____ FIRMA: **X** _____
(Si usted no es el paciente, por favor ponga su relacion al paciente.)

POLIZA de CARGOS FINANCIALES

Yo entiendo que me hago responsable, para:

- Cualquier deductible, seguro secundario o cualquier costo de servicio que no seran cubiertos por mi seguro.
- Notificar la oficina por lo menos 24 horas por adelantado si necesito cancelar mi cita. Un cargo de \$30 sera mi responsabilidad.
- Un cargo de **\$5** por mes sera puesto en mi balance/ cuenta. (Si no lo termino de pagar antes de la fecha indicado en mi bill cada mes.)
- Un cargo maximo de 33% en cada balance que es mandado a una **agencia de coleccion**.
- Un cargo para una copia de mi expediente si es necesario para continuar mi tratamiento medico con otro doctor, o para alguna otra razon.

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma
(Si paciente es menor de edad)

Fecha

Yo, **X** _____ reconosco haber recibido una copia de **la poliza de la oficina** y entiendo que sere notificado/a si hay cambios a la poliza.

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma
(Si paciente es menor de edad)

Fecha

Privacidad del Paciente

Yo **doy permiso** a la Dra. Maha Abboud/Dra. Terri Washington de hablar con las siguientes personas sobre mi condición médica que deba seguir.

Nombre	Relación	Teléfono

Nombre	Relación	Teléfono

Yo **no autorizo** que den ninguna información sobre mi condición médica.

X _____
Firma del Paciente

Cualquier mensaje de mi cita o condición médica favor de dejar el mensaje en mi maquina o en mi teléfono celular.

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Celular _____

Yo entiendo que esta autorización es válida hasta que sea evocada o cambiada por escrito.

X _____	_____
Firma del Paciente	Fecha

X _____	_____
Firma de Padre/Madre del Paciente (si es menor de edad)	Fecha