



REGISTRO DE PACIENTES

Nombre del paciente: _____
(Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Número de Seguro Social _____

Marque uno por favor: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de telefono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

¿A qué número de teléfono que usted prefiere? _____ Podemos dejar un mensaje de voz?? Si No

Dirección de correo electrónico: _____ @ _____

Raza: Blanco África América Asia Nativo Americano / Alaska Raza
Nativo de Hawaii / otras Islas del Pacifico

Etnia (Origen): Hispanos o latinos No Hispano o Latino No contestar

Idioma preferido: _____ Eres un Veterano? Si No

Empleador: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Informacion de esposo o padre o madre (para menores):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Número de teléfono _____ :

¿Usted nos da permiso para enviar los registros médicos a su portal seguro del paciente? Sí No

¿Tiene una directiva avanzada? Sí No (En caso afirmativo, proporcione documento.)

Contacto de Emergencia – Pariente o amigo que no vive con Ud.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Médico de referencia: _____ Número de teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Información del seguro:

Nombre de empresa: _____ Número de teléfono: _____

A lo mejor de mi conocimiento , toda la información es verdadera y correcta . Yo entiendo que soy responsable de pagar por todos los servicios prestados a mí y que yo estoy dispuesto a hacer arreglos específicos para pagar lo que no está cubierto por el seguro en el momento oportuno . Yo autorizo a mi médico para el intercambio mutuo de información con mi médico de referencia y sus asociados en el grado necesario para determinar la responsabilidad para el pago y obtener el reembolso . Autorizo la divulgación de partes del registro médico del paciente para mis compañías de seguros . Si esta cuenta se asigna a un abogado para colecciones o traje , la parte ganadora tendrá derecho a los honorarios y coste de la recogida del abogado razonable . Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los cuales tengo derecho a mi médico por los servicios prestados a mí o mi dependiente . Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito . Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original .

Firma: _____ Fecha: _____

Firmas cónyuge: _____ Fecha: _____

Solicito que el pago de Medicare autorizado , Medicaid u otros beneficios de seguro será hecho directamente a Highlands Grupo de Oncología para cualquier servicio prestado a mí por Highlands Oncology Group . Autorizo Highlands Oncology Group a divulgar información a HCFA y sus agentes la información necesaria para determinar o any benefcios .

Firma: _____ Fecha: _____