

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Núm. de Seguro Social: _____
 Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Separado _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____
 Fecha de Nacimiento: _____ ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí _____ No _____
 Raza _____ Origen étnico _____ Idioma de preferencia _____
 Dirección de la casa: _____
 Teléfono de la casa: _____ Del Trabajo _____ Del celular: _____
 Correo Electrónico: _____
 Nombre del empleador: _____ Ocupación _____
 Dirección del Empleador: _____
 Farmacia de Preferencia: _____ Teléfono de la Farmacia: _____
 Dirección _____ Estado _____ Código Postal _____
 ¿Cómo se enteró de nosotros? _____ Amigo _____ Periódico _____ Radio _____ Cartelera _____ Otro _____
 ¿Le interesaría recibir mensajes de correo electrónico acerca de nuestros estudios de investigación? Sí _____ No _____

OTRA INFORMACIÓN DE REGISTRO**Si está casado:**

Nombre del cónyuge _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre del empleador _____ Ocupación _____
 Dirección del Empleador _____

Si es un niño:

Nombre del Padre _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre de la madre _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador del Padre _____ Teléfono del Trabajo o Durante el Día () _____
 Dirección del Empleador _____ Ocupación _____
 Empleador de la Madre _____ Teléfono del Trabajo o Durante el Día () _____
 Dirección del Empleador _____ Ocupación _____

AMIGO O PARIENTE MÁS CERCANO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el Paciente _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

ASEGURADO: Nombre _____ Relación con el Paciente: _____
 Estado civil: C ___ S ___ V ___ D ___ Sep ___ Núm. de Seguro Social : _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección del asegurado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de la casa () _____ Teléfono del Trabajo o Durante el día () _____
 Nombre del Seguro: _____ Núm. de Teléfono: _____
 Dirección de Reclamaciones: _____
 Fecha de vigencia _____ Núm. de Grupo: _____ Núm. de Certificado: _____
 Nombre del Grupo del Empleador _____ Médico de Atención Primaria: _____

 ¿Tiene usted otro seguro? Si la respuesta es sí, por favor proporcione la información _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Doy mi consentimiento y autorizo a **HealthTexas Medical Group de San Antonio** para divulgar toda la información contenida en mis registros médicos y financieros a mi compañía de seguros o plan de salud, o a cualquier otra persona o entidad que sea responsable del pago o procesamiento de pago de cualquier porción de la factura. Entiendo que soy totalmente responsable del pago de todas las tarifas y los servicios prestados, independientemente de la cobertura de seguro u otras responsabilidades, y en última instancia soy responsable por el pago en su totalidad si mi compañía de seguros no paga de manera oportuna. También entiendo que mi historia la prescripción de no-HTMG proveedores y farmacias estará disponible para HTMG Autorizo que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.

Firma: _____ Fecha: _____