

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Núm. de Seguro Social: _____
Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Separado _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Otro (Por Favor Especifica) _____
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 _____

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 _____

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. Autorizo que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.

Firma: _____ Fecha: _____