

BIENVENIDO AL CAPE FEAR CENTER FOR DIGESTIVE DISEASES, PA.

Por favor, ayúdenos al completar el Formulario de Registro del Paciente.
La información es necesaria para nuestros archivos y se mantendrá en forma confidencial.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE:

MÉDICO QUE SOLICITA EL EXAMEN _____

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Seguro Social _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____ Correo electrónico _____

Sexo: M _____ F _____ Estado civil: Marque con un círculo Soltero.... Casado.... Divorciado.... Viudo.... Otro _____

Fecha de nacimiento: _____

Origen étnico: Por favor, marque con un círculo Hispano o Latino No Hispano ni Latino

Raza: (Marque con un círculo)

Blanco.... Negro/afroamericano.... Hispano o latino.... Asiático.... Nativo de las Islas del Pacífico.... Indígena norteamericano.... Otro: _____

Empleado por _____ Ocupación _____

Domicilio del empleador _____

Nombre(s) de la(s) persona(s) a notificar en caso de emergencia _____ Relación con el paciente _____ Número telefónico para emergencia (diferente a los listados más arriba) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Compañía de seguro primaria _____

Domicilio _____ Grupo/Número local _____

Nombre del titular _____ Seguro Social del titular _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador del titular _____

Nº de Identificación del titular _____ Su relación con el titular: Yo mismo Cónyuge Otro

Compañía de seguro secundaria _____

Domicilio _____ Grupo/Número local _____

Nombre del titular _____ Seguro Social del titular _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador del titular _____

Nº de Identificación del titular _____ Su relación con el titular: Yo mismo Cónyuge Otro

Asignación del seguro - Cesión de los beneficios del seguro

Por la presente autorizo y solicito a mi compañía de seguro a pagar directamente al médico el monto de mi reclamo por los servicios prestados a mi persona o a mi dependiente. Asimismo acepto que si el monto no fuera suficiente para cubrir la totalidad de los costos médicos y quirúrgicos, seré responsable del pago de la diferencia, y si la naturaleza de la discapacidad fuera tal que no estuviera cubierta por la póliza, me responsabilizaré de abonar al médico la factura completa. Autorizo la divulgación de cualquier tipo de información médica necesaria para (TPO, por sus siglas en inglés) tratamiento, pago y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del asegurado _____ Fecha _____