

SUFFOLK SURGICAL ASSOCIATES, PC

REGISTRACION DE PACIENTE

FECHER: _____

Por favor conteste TODAS las preguntas

Pago se espera cuando se render servicio

NUEVO INFORMACION CURRIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre Hembra
Apellido Nombre

Direccion _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Telefono () _____ Celular () _____

Seguro Social _____ Numero de Licencia/ Estado _____

Ocupacion _____ Empleado _____

Direccion de Empleo _____ Tel. De Empleo () _____

Correo Electronico _____

Persona de contacto en emergencia _____ Telefono () _____

Responsabilidad Financiera (Informacion de Detenedor Principal)

Nombre de Seguro Primario _____ Numero de Poliza _____

Nombre de detenedor principal _____ Relacion _____

(Informacion del asegurado)

Direccion _____ Telefono _____

Numero Calle Ciudad

Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social _____

Seguro Secundario _____ Numero de Poliza _____

Nombre de detenedor secundario _____ Relacion _____

(Informacion del asegurado)

Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social _____

Contacto de emergencia

Nombre _____ Relacion _____

Direccion _____ Numero de telefono () _____

Numero Calle Ciudad

He leido Y entendido todo lo anterior Y queda dar mi consentimiento para recibir tratamiento medico. Tengo entendido que yo soy responsable de mi cuenta. Soy consciente de la ley de privacidad HIPAA Y el anuncio de la declaracion de practicas de privacidad que ha registrado en la sala de espera.

Autorizo Suffolk Surgical Associates PC que liberar informacion medicos o facturacion para mi compania de seguro.

Firma: _____ Fecha: _____