



REGISTRACION DE PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

H/M Numero de Licencia _____ Estado _____

Estado Marital: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Divorciado(a) ___ Otro _____

Dirreccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Numero de telefono _____
Casa _____ Celular _____

Nombre de la empresa _____ Ocupacion _____

Dirreccion de trabajo _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Numero de telefono del trabajo _____ Correo electronico _____

Contacto de Emergencia _____ Relacion _____ Numero _____

Seguro Primario*

Nombre de Compania de aseguranza _____ Numero de suscriptor _____
*Si no es usted, anote el nombre, fecha de nacimiento y numero de seguro social del suscriptor a tras del formulario.

Seguro Secundario*

Nombre de Compania de aseguranza _____ Numero de suscriptor _____
*Si no es usted, anote el nombre, fecha de nacimiento y numero de seguro social del suscriptor a tras del formulario.

Favor de firmar y entregar a la recepcionista.

Yo el firmante entiendo que sere responsable por todos los cobros que no sean cubiertos por mi aseguranza. Yo autorizo a Michael J. Wong (HeartCare) que proporcione toda la informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Firma _____ Fecha _____

Si el paciente es menor de edad, firma del padre/madre o Guardian es necesaria para autorizar tratamiento.

Si usted quiera ser paciente de HeartCare, favor de llamar nos primero. Ya que la cita este establecida llene el formulario junto con el Historial Del Paciente. Ya que complete las formas mande por fax al 213 483-0735 o traiga con usted a su cita.