

Clinica Adelante, Inc.

Registracion de Paciente

Informacion del Paciente

Primer Nombre:	Initial:	Apellido:	Otros apellidos usados:
Direccion de correo:	Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:
Direccion de casa:	Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono de casa # ()	Telefono de trabajo o celular # ()		
Fecha de nacimiento:	Seguro Social #:	Sexo: M H	Referido por:
Estado Civil:	Soltero(a)	Soltero(a) con pareja	Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)
Raza:	Blanca	Hispana	Negra India Asiatico Otra
Razon de visita:	Direccion de E-Mail:		
Si se trata de accidente, que tipo?	Auto	Trabajo	Resbalar/caida Otra _____

Informacion de Aseguranza (Por favor presenta la tarjeta de aseguranza para ser una copia)

Qual Tienes:	Aseguranza	AHCCCS	Medicare	Nada	Otra
Nombre de Aseguranza Primaria:	ID #:	Grupo #:			
Nombre de Aseguranza Secundaria:	ID #:	Grupo #:			

Persona Responsable: (tiene que ser un adulto sobre 18 anos)

Primer Nombre:	Initial:	Apellido:	Sexo: M H
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social #:	Relacion a paciente:	

Informacion de Empleo

Persona responsable economicamente:			
Nombre de Empleo:	Profesion		
Direccion de Empleo:	Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono: ()	Numero de Licencia de Manejar #:		

Informacion de Emergencia

Persona para hablar en caso de emergencia:	Telefono # ()
Direccion:	Relacion a Paciente:

Otros Miembros de la Familia

Primer Nombre	Initial	Apellido	Sexo	Fecha de Nac.	Seguro Social	Informacion de Aseguranza

Yo certifico que la informacion arriba es correcta y verdadera al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo y estoy de acuerdo que sere responsable por algun balance en mi cuenta que se relacione con servicios profesionales rendidos. Si por alguna razon se me determina que no soy elegible por beneficios bajo mi aseguranza, yo o la persona responsable de mi, se hara cargo de la cantidad total debida no mas tarde de 30 dias despues de recibir el cobro. Yo Autorizo el pago de beneficios medicos directo a Clinica Adelante Inc. Autorizo la provencia de cualquier informacion medica necesaria al proceso de reclamos medicos.

Si hay alguien que autorizas a nosotros para hablar al respecto de tu salud, por favor escribe el nombre y relacion abajo. Por favor nota que esta persona quedara autorizado para recibe informacion hasta que usted escribe algo al contrario.

Nombre: _____ **Relacion:** _____

Firma de Paciente o Representante _____ **Fecha:** _____