

Registro De Paciente

POR FAVOR ESCRIBA CLARO

Nombre: _____.

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____.

Teléfono: _____ Celular: _____.

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____.

Indique Alergias A Medicamentos: _____.

Médico Familiar: _____ Referido Por: _____.

Nombre De Su Empleo: _____.

Dirección De Su Empleo: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____.

Ocupación: _____ Teléfono de Empleo: _____.

Número De Licencia De Manejar: _____ No. De Seguro Social: _____.

Nombre De Esposo/Esposa: _____.

Lugar De Empleo De Esposo/a: _____.

Dirección De Empleo Esposo/a: _____.

Ocupación: _____ Teléfono de Empleo: _____.

INFORMACION DE ASEGURANZA

Primaria: _____ Secundaria: _____.

Nombre De La Aseguradora: _____ Teléfono: _____.

Dirección De La Aseguradora: _____.

Número De Póliza: _____ Número de Grupo: _____.

Es Esta Visita Resultado De: _____ Accidente de Auto _____ De Trabajo

Si Es Mujer, Esta Ud. Embarazada? _____ Si _____ No

Por este medio autorizo a revelar cualquier información médica que sea necesaria para procesar mis reclamaciones de seguro. Autorizo que me compañía de seguro pague directamente a Robert C. Jusino, D.C., M.P.H, por servicios rendidos en su oficina. Entiendo que información relacionada a los cargos por servicios estará disponible. Entiendo que soy personalmente y completamente responsable de todos los cargos facturados pro Robert C. Jusino, D.C., M.P.H., incluyendo cargos por consulta, visitas médicas y cargos por servicios. Entiendo que seré personalmente responsable del pago de cualquier cargo no cubierto por el seguro médico. Accedo a hacerme responsable de los cargos incurridos por Robert C. Jusino D.C., M.P.H., al recaudar cargos que yo garantizo incluso pero no limitado a costos y tarifas, incluyendo gastos de abogados, Pagados a agencias o firmas empleadas para el propósito de cobrar la deuda. Una tarifa \$5.00 o 1.5% del total del balance adeudado, cual sea el mayor, se añadirá a las cuentas con balance de más de 60 días a partir de le fecha de la primera facturación.

Fecha: _____ Su Firma: _____.