



Patient Account Number _____

Registration Form

Datos personales del paciente

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código ZIP _____

Número del teléfono _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo hombre mujer

Idioma inglés español otro _____

Raza Africana-Americana Hispana Caucásiana Asiática Otro _____

Cabeza de casa

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código ZIP _____

Número del teléfono _____ Como se relaciona con el paciente _____

Contacto de emergencia

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código ZIP _____

Número del teléfono _____ Como se relaciona con el paciente _____

Seguro

Tiene seguro? Si No

Llene esta sección si tiene seguro:

Nombre de la compañía de seguros _____ Fecha de inicio _____

Número del grupo _____ Número del plan _____

Número de indentificación _____

Cesión de fondos y de información

Consiento en que el personal de Destiny Family Medical Clinic me den cualquier tratamiento que sea necesario. Autorizo la cesión de la información necesaria para procesar esta reclamación. Pido que cualquier reembolsos de terceras partes debidos a mí para beneficios medicos se den a Destiny Family Medical Clinic. Me doy cuenta que soy responsable para la diferencia. Estoy de acuerdo de que voy a pagar cuando me den el tratamiento. Afirmo que todo la información en este documento está completa y verdadera.

Firma del paciente X _____ Fecha _____