

RGV Diabetes, Endocrinology & Ambulatory Center

1001 Rone St. Suite A - Weslaco, Texas 78596.

Tel. (956) 854-4084 • Fax (956) 969-8377

Registro de Paciente

Nombre Completo _____
APELLIDO PRIMER INICIAL

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Número de S.S. _____
(MES, DÍA, AÑO)

Nombre del Padre _____

Casado _____ Soltero _____ Viudo/Viuda _____ Divorciado _____ Separado _____

Residencia _____
NÚMERO CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Número de Teléfono Residencial _____ Número de Negocio _____

Ocupación del Paciente _____ Patrón _____

Nombre de Esposo/Esposa _____ Ocupación _____

Patrón _____

En Caso de Emergencia Notifique a (Nombre, Dirección y Teléfono del Paciente, Familiar o Vecino)

Persona Responsable para Pago del Doctor _____

INFORMACIÓN DE SEGURO (Si el Paciente tiene Medicare & Medicaid, Proveer el Número)

Otro Tipo de Seguro _____ MEDICARE _____

Grupo _____ MEDICAID _____

Número de Poliza _____

Número de Poliza _____

Número de Poliza _____

FIRMA DEL PACIENTE

(Si es menor de edad, Firma del Padre/Guardián)

Para: _____
(NOMBRE DEL PACIENTE) (FECHA)

Mis colegas y yo somos inversionistas en Doctors Hospital at Renaissance, LTD y Weslaco Rehab Hospital. Como Médico, podríamos, si es necesario referirlos a Doctors Hospital at Renaissance, LTD y Weslaco Rehab Hospital para exámenes o tratamientos. Si usted tiene alguna objeción sobre este referimiento o si tiene preguntas sobre este aviso, favor de hacermelo saber. Este aviso se ha dado en cumplimiento con las leyes federales y regulaciones de esta clínica.

Aviso recibido por: _____

Yo _____ Entiendo que si
(ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)
el Seguro Médico rechaza pagar honorarios relacionados con mi visita o tratamiento, yo mismo seré responsable por los gastos incurridos.