

## 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.