



## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Apellido, Nombre, Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_ Género: M/F

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Pareja de hecho

**¿Tenemos permiso para hablar con su cónyuge o pareja sobre su atención médica? Sí No**

Nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia (que no vive con usted): Nombre:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

<b>Nombre de la compañía de seguros principal:</b>	Nombre del suscriptor principal: Fecha de nacimiento: Número de seguro social:
Número de póliza (ID):	Relación con el paciente: Ser ( ) Esposo( )
<b>Nombre de la compañía de seguros secundaria:</b>	Nombre del suscriptor secundario: Fecha de nacimiento: Número de seguro social:
Número de póliza secundaria:	Relación con el paciente: Ser ( ) Esposo( )

**1. MEDICARE:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a San Joaquin Laser & Surgery Center, por los servicios que me brindó San Joaquin Laser & Surgery Center. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgarla a los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (anteriormente Administración de Financiamiento de Atención Médica) y sus agentes. Cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica otro seguro médico en el Artículo 9 del formulario CMS-1500 o en cualquier otro lugar de otros formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. San Joaquin Laser & Surgery Center acepta la determinación de tarifa de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y soy responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.

**2. MEDIGAP:** Entiendo que si se indica una póliza MediGap u otro seguro médico en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar de otros formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. Solicito que el pago de los beneficios del seguro secundario autorizado se realice en mi nombre a San Joaquin Laser & Surgery Center.

**3. Privado/HMO/PPO:** Solicito que el pago de los beneficios se realice en mi nombre a San Joaquin Laser & Surgery Center por los servicios que me brindó San Joaquin Laser & Surgery Center. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario o parte autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha