

ERIC M. GROSS, M.D., P.A.
NUEVO REGISTRO DEL PACIENTE
(Por favor imprima y complete TODAS las secciones de abajo!)

Médico Primario:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Sr. Señorita
 Sra.

Estado civil:

Solt Cas Div Sep Viu

Raza:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Médico que se refiere:

M F

Seguro Social:

Teléfono de Casa

Teléfono celular

()

()

Dirección:

Ciudad:

Estado: Código postal:

Ocupación:

Empleador:

Teléfono del trabajo:

()

Si Es Menor De Edad

Nombre del padre:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor dé su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

El nombre de seguro primario:

Nombre Del Asegurado:

S.S. Del Asgurado:

Fecha de nacimiento:

ID:

De Grupo:

La relación del paciente a asegurado:

Yo mismo Cónyuge Niño Otro

Nombre del seguro secundario
(si corresponde):

Nombre Del Asegurado:

ID:

De Grupo:

La relación del paciente a asegurado:

Yo mismo Cónyuge Niño Otro

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o pariente
(que no viva en la misma dirección):

Relación con el paciente:

Teléfono de Casa

De teléfono alternativo:

()

()

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a Eric M. Gross, M.D., P.A. o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.

Los co-pagos se deben reunir en el momento en que son prestados. Sin planes de pago disponibles.

He leído, entendido y acepta cumplir con toda la puesta en libertad, de información médica y las políticas de pago.

Su firma a continuación reconoce que ha leído el aviso de prácticas de privacidad.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha de hoy