



REGISTRO DE PACIENTES

Fecha _____ / _____ / _____

Nombre (*Primero, M.I., Último*) _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Masculino Femenina Estado Civil C S D V

Domicilio _____

No. Social _____ - _____ - _____ Tel. residencial (____) _____ Tel. móvil (____) _____

Correo Electrónico _____

Médico de Atención Primaria _____ Tel. (____) _____

Médico Referente _____ Tel. (____) _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación _____

Tel. (____) _____

Nombre _____ Relación _____

Tel. (____) _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Seguro Primario _____ Tel. (____) _____

Dirección _____

Nombre de Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Identificación de Suscriptor _____ Grupo _____

¿Tiene otra cobertura a través de otro plan de salud grupal? No En caso afirmativo, rellene la sección siguiente.

OTROS SEGUROS

El contrato de su compañía de seguros contiene una disposición de Coordinación de Beneficios (COB) que se aplica a situaciones en las que puede haber cobertura superpuesta. Complete las siguientes secciones para garantizar un procesamiento preciso de las reclamaciones sin demoras en COB.

SECCIÓN I

¿Qué tipo de póliza es esta? Grupo Póliza individual Otros

Nombre del Suscriptor _____ Tel. (____) _____

Dirección _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

ID de seguro/SSN _____ Fecha Efectiva _____ / _____ / _____

Es el titular de la póliza: Trabajando activamente para el grupo Inactivo

Jubilado, fecha de jubilación _____ / _____ / _____ Cobra, fecha que empezó _____ / _____ / _____

SECCIÓN II

¿Usted o su cónyuge están cubiertos por Medicare? Sí No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Medicare # _____ SSN _____ - _____ - _____ Fechas Efectivas _____ / _____ / _____

¿Tienes la parte A? Sí No ¿Tienes parte B? Sí No

Derecho a Medicare: (Por favor verifique) Edad Discapacidad Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Certifico que la información anterior es correcta.

Firma Nombre

Fecha