



Del Villar Vitko De Juana
 Feigl Ruiz Asase

Fecha de la cita ____M/____D/____A

Hora de la cita _____ am / pm

REGISTRO DEL PACIENTE

REV. 10/17/2011

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Ocupación _____
Nombre _____ Lugar de Empleo _____
Segundo Nombre _____ Nivel de Educación _____
Seguro Social # _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento ____M/____D/____A
Sexo: M F
Estado: Soltero/a __ Casado/a __ Viudo/a __ Divorciado/a __ Separado/a __
Dirección Particular _____ Teléfono de su Casa (____) _____ - _____
_____ Teléfono de su Trabajo (____) _____ - _____
Ciudad _____ Número del Celular (____) _____ - _____
Estado _____ Número del Fax (____) _____ - _____
Zona Postal _____ E-mail _____
Medico Que lo Refirió _____
Número de Teléfono del Médico (____) _____ - _____ Dirección del Médico _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO (Incluye Medicare y/o Medicaid)

Información Sobre Su Seguro Principal Información Sobre Su Seguro Secundario

Apellido del Asegurado _____ Apellido del Asegurado _____
Nombre del Asegurado _____ Nombre del Asegurado _____
Seguro Social del Asegurado _____ - _____ - _____ Seguro Social del Asegurado _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado ____M/____D/____A Fecha de Nacimiento del Asegurado ____M/____D/____A
Sexo del Asegurado: M F Sexo del Asegurado: M F
Nombre del la Compañía del Seguro _____ Nombre de la Compañía del Seguro Secundario _____

de Grupo _____ # de Grupo _____
de Póliza _____ # de Póliza _____
Efectivo Desde _____ Efectivo Desde _____

INFORMACIÓN DE SU FARMACIA

Farmacia preferida _____ Dirección ó Calle _____

INFORMACIÓN PARA USO EN CASO DE EMERGENCIA (Persona que no viva en la misma dirección)

Nombre _____ Parentesco _____

Número de Teléfono (____) _____ - _____ Teléfono Celular (____) _____ - _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Por esta, autorizo a Urology San Antonio a proveer a compañías de seguro información sobre mi enfermedad y tratamiento. Por esta, asigno al medico todas pagos por servicios médicos proveídos a mi o mis dependientes. Entiendo que soy responsable por el balance de mi cuenta por servicios profesionales provistos.

Urology San Antonio utiliza máquinas de fax par acelerar comunicaciones con otros médicos o compañías aseguradoras. Hay un riesgo (muy pequeño) de que información confidencial llegue a personas no autorizadas a recibirla. Su firma nos autoriza a usar fax a nuestra discreción profesional. Si prefiere que no usemos fax como mecanismo de comunicación, déjenos saber.

Puede que nuestra oficina deje mensajes en su maquina de mensajes telefónicos. El mensaje puede identificarlo como nuestro paciente y/o divulgar información confidencial suya. Su firma nos permite dejar mensajes en su maquina de teléfono. Si prefiere que no dejemos mensajes en su maquina de teléfonos, déjelo saber.

Firma _____ Fecha ____/____/____