



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: MASCULINO / FEMENINA

S.S. #: _____-_____-_____

DIRECCIÓN: _____ APT# _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ NÚMERO CELULAR: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DE FARMACIA/DIRECCIÓN: _____

ESTADO CIVIL (CIRCULA UNO)				
CASADO/A	SOLTERO/A	DIVORCIADO/A	SEPARADO/A	VIUDO/A

RAZA (CIRCULA UNO)			
BLANCO/A	TAINO	ASIÁTICO/A	NEGRO/A O AFRO AMERICANO/A
OTRA RAZA _____			

ETNICIDAD (CIRCULA UNO)		
HISPANO/A O LATINO/A	NO HISPANO/A OR LATINO/A	CHICANO
OTRO/A _____ (PAÍS O ESTADO CON EL QUE SE IDENTIFIQUE) DECLINADO/A A ESPECIFICAR		

VOLTEA ESTO POR FAVOR PARA COMPLETAR



CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE PARIENTE O AMIGO/A: _____

RELACIÓN: _____ NÚMERO TELEFÓNICO: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

POR FAVOR LEA LA DECLARACIÓN DE ABAJO DESPUÉS FIRMA COMO RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO

NUESTRO CONTRATO ES CON USTED, EL PACIENTE Y NO SU COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA SERVICIOS PRESTADOS. AUNQUE VAMOS A PRESENTAR LA RECLAMACIÓN A LA ASEGURADORA DE PAGO, EL PACIENTE ES EL ÚLTIMO RESPONSABLE DEL SERVICIO QUE RECIBE. USTED TAMBIÉN ES RESPONSABLE DE PROPORCIONAR CUALQUIER Y TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LA VISITA. ADEMÁS, TODOS Y CADA COPAGOS SOLICITADOS DEBEN SER PAGADOS AL MOMENTO DEL SERVICIO.

AUTORIZO A SALUD MÉDICAL P.C. QUE PRESENTE TODOS LOS RECLAMOS CON MI COMPAÑÍA DE SEGUROS, LIBERAR CUALQUIER INFORMACION A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS SE NECESITA PARA ASEGURAR EL PAGO DE ESTOS RECLAMOS Y QUE EL PAGO DE ESTOS TRANSPORTISTAS HACERSE DIRECTAMENTE AL SALUD MÉDICAL PC. . TAMBIÉN AUTORIZO SALUD MEDICAL P.C. PROVEEDORES DE SANIDAD PERMISO PARA VER MI HISTORIAL DE RX. **LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.**

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE (PERSONA RESPONSABLE)

FECHA

POR FAVOR ENTREGAR TARJETA(S) DE SEGURO Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO A LA RECEPCIONISTA