**REGISTRO**

Ryan Crenshaw, M. D Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_ de F\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Confidencial; para fines de facturación solo DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil: S M W D

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_

Por favor, compruebe el método preferido de confirmación de cita:

□ Casa #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Trabajo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Celular#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Podemos llamar su lugar de trabajo? Si o No

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

Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor primario /Direccion/Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proveedor de referencia (si es distinto de PCP) / Direccion/Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lenguaje**: Inglés: \_\_ Otros: \_\_\_ **Origen étnico:** Hispanos\_\_\_\_ Non-Hispanos\_\_\_

**Raza:** Blanco\_\_\_ Negro/Afroamericano \_\_\_ Asiática\_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_

Nativo Hawaiano/Otros Isleños del Pacífico \_\_ Negar la respuesta \_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El seguro social del titular de la póliza # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Casa #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El seguro social del titular de la póliza # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Casa #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona (s) que le gustaría autorizar para recibir/discutir información médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona para contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación/Teléfono#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cesión y Divulgación de Información**

Yo el infrascrito tiene cobertura de seguro con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y asigno directamente al Dr. Ryan Crenshaw todos los beneficios médicos, si los hay, de lo contrario pagado a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos pagados o no por el seguro, así como los honorarios del 30% si esta cuenta se envía a las colecciones. Habrá una tasa de interés del 18% APR en todos los saldos vencidos. Por la presente, autorizo al médico a que libere toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos de seguro.

**Firma del Asegurado/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Ryan Crenshaw, MD, PC para solicitar beneficios en mi nombre por servicios prestados y autorizar la divulgación de cualquier información adquirida en el transcurso de mi tratamiento necesario para procesar reclamos de seguros. Solicito el pago de los seguros indicados anteriormente CarriER para ser hecho directamente a Ryan Crenshaw, MD, PC, dándose cuenta de que soy responsable de todos los cargos no cubiertos. También me doy cuenta de que soy responsable de cualquier otro costo incurrido mientras cobro mi saldo (s) pendiente. Reconozco que su aviso de prácticas de privacidad está disponible para mí a petición. Certifico que la información que he reportado es correcta lo mejor de mi conocimiento. Esto es para permanecer en vigencia indefinidamente a menos que sea revocado por escrito por el infrascrito.

**Firma del Paciente, Padre o Tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_