



Patient Registration Form

Patient Information					
Apellido		Primer Nombre		Inicial de Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento	Seguro Social		Sexo		
Direccion		Apt.	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Correo Electronico			Numero de Trabajo		
Numero de casa		Numero de Celular o Otro			
Nombre de Contacto de Emergencia		Numero de Contacto de Emergencia		Relacion de usted	
Doctor Referrido (Esta seccion DEBE de completarse por razones de seguridad)					
Nombre del Doctor			Numero de Telefono		
Insurance Information					
Asegurancia Primaria		Numero de Asegurancia	Nombre del Subscrito	relacion	
Numero de ID		Numero de Grupo	Numero de Grupo	Fecha de nacimiento	
Direccion de Asegurancia (Calle o P.O. Box, Ciudad, Estado Codigo Postal)					
Segunda Asegurancia		Numero De Asegurancia	Nombre del Subscrito	Relacion	
Numero de ID		Numero de Grupo	Numero de Grupo	Fecha de nacimiento	
Nombre de Farmacia y Numero:					

*Yo autorizo que Dallas Heart & Vascular Consultants realice cualquier servicio medico y que cobre a mi compania de seguridad por los servicios y revelacion de estos reportes requeridos por mi doctor y compania de seguridad y/o a los designado/s cuando sea necesario para procesar el reclamo para revision clinica. Dallas Heart & Vascular Consultants mandara los reclamos a la/s seguridad/s que estan escritas por coretesia. la persona con la polisa o el subscrito es responsable por entender los parametros de su seguridad (i.e.: en el seguro de red, seguro fuera de la red, deducible, copagos y si es necesario preautorizacion para examenes.) Si por cualquier rason su compania de seguridad no cubra cualquier servicio hecho el subscrito sera responsable por pagar el balance . **GRACIAS***

Firma (Persona Responsable): _____

Fecha: _____