

VENTURA COUNTY HEMATOLOGY ONCOLOGY SPECIALISTS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

(Imprimir por Favor)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
				Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
El ex Nombre (si corresponde):	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social :	Raza: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otro		Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
Domicilio:	Calle:	Teléfono: ()		Teléfono Celular: ()	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Dirección de Correo Electrónico:	Idioma Preferido:	
Ocupación:	Nombre de Empleador y la Dirección:			Teléfono del Trabajo: ()	
Nombre y Teléfono del Médico que se Refería:			Nombre y Teléfono del Médico de Atención Primaria:		
Nombre de Contacto y Dirección de Emergencia:		Relación con el Paciente:	Teléfono: ()	Teléfono Celular: ()	Teléfono del Trabajo: ()
INFORMACIÓN DE PARTIDO RESPONSABLE					
Persona Responsable:	Relación con el Paciente:	Dirección (si es distinto del paciente):			
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:		Dirección de Correo Electrónico:		
Nombre de Empleador y la Dirección:			Teléfono del Trabajo: ()	Teléfono: ()	Teléfono Celular: ()
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
(Dé su tarjeta del seguro a la recepcionista.)					
Nombre de Seguro Primario:	Dirección:		Nº de Grupo:	Nº de Póliza:	Copago:
Nombre del Asegurado:	Nº de S.S. del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Relación del paciente al Asegurado:		
Nombre de Seguro Secundario:	Dirección:		Nº de Grupo:	Nº de Póliza:	Copago:
Nombre del Asegurado:	Nº de S.S. del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Relación del paciente al Asegurado:		
AUTORIZACIÓN Y ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD					
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad de pagar cualquier deducible, coaseguro o saldo no pagado por mi seguro. Autorizar a mi seguro beneficios abonará directamente al médico tratante. Autorizo a liberación de mis registros médicos para otras instalaciones que incluyen registros de salud que se consideren adecuadas y mi seguro cuando sea necesario para procesar mis reclamos.					
_____ Paciente o Tutor (si menor)			_____ Fecha de Firma		