

## BIENVENIDA

### Registracion

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

No de Telefono: \_\_\_\_\_ Tel de Empleo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ No de S.S.: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltera  Casada  Viuda  Separada  Divorciada

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion de Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo (O Guardian legal si paciente en menor del 18): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ No de S.S.: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion de Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono de Empleo: \_\_\_\_\_

Direccion de Empleador: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN DEBEMOS NOTIFICAR?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_

### Declaracion al Beneficiario

Autorizacion para que el seguro le pague a la oficina de el Dr. Riachi. Reconocimiento que el paciente sera responsable del balance, y si el seguro no paga. Tambien da autorizacion para dar informacion medica sobre usted mientras que sea necesario. La compania de seguro cumplira con el deber de determinar los beneficios de el paciente. Reportes, formularios, copias de su expediente deben ser solicitados con una semana de anticipacion.

Authorized Signature: \_\_\_\_\_