

Munoz Family Health Clinic
512-377-3400
Forma de Registro

Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____ Raza: _____

Numero de Telefono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Trabajar _____ Ocupacion _____

Genero: ___ masculino ___ femenino

Estado Civil: ___ soltero/a ___ casado/a ___ separado/a ___ divorciado/a ___ viudo/a

Nombre de esposo/a() o p/madre por menor(): _____

Esposo/a o P/Madres Patron/a: _____

Quien lo/la refirio a la clinica: _____

Si un doctor lo/la refirio por favor denos su nombre: _____

Persona a quien se debe llamar en caso de emergencia: _____

Numero de Telefono: _____

Quien es responsable del pago? _____ Relacion al paciente? _____

Seguro medico primario: _____

Encargado de la poliza _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro medico secundario: _____

Encargado de la poliza _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo doy autorizacion para tratamiento por Munoz Family Health Clinic. Yo doy autorizacion de pagos de beneficios medicos al Dr. Abilio Munoz por servicios dados. Permiso para copiar record medico y declaracion de asignacion de beneficios. Yo autorizo permiso de copiar cualquier informacion medica necesaria para procesar mi seguro por servicios proveidos. Yo entiendo y concuerdo con las condiciones mencionadas. Pago por servicios de be darse el deda de servicio. Como parte de nuestro servicio someteremos cargos a compania de seguros. Beneficios son determinados por el contrato mio como miembro de mi seguro y por mi seguro. Yo entiendo que el pago por los servicios dados finalmente permaneceran mios (el paciente). Necesitaremos toda la informacion de su seguro que tenga. Si en el futuro cambia su seguro o su informacion personal por favor avisenos para que mantengamos su informacion al corriente.

Firma de Paciente o Representantete de menor

Relacion

Fecha