

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

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

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

Numero de Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____
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 Patrón/a: _____

Quien lo/la refirió a la clínica: _____

Si un doctor lo/la refirió por favor dénos su nombre: _____

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

Número de Teléfono: _____

¿Quien es responsable del pago? _____ Relación al paciente? _____

Seguro medico primario: _____

Encargado de la póliza _____ Seguro Social _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento: _____

Seguro medico secundario: _____

Encargado de la póliza _____ Seguro Social _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento: _____

Yo doy autorización para tratamiento por Muñoz Family Health Clinic. Yo doy autorización de pagos de beneficios médicos al Dr. Abilio Muñoz por servicios dados. Permiso para copiar record medico y declaración de asignación de beneficios. Yo autorizo permiso de copiar cualquier información médica necesaria para procesar mi seguro por servicios proveídos. Yo entiendo y concuerdo con las condiciones mencionadas. Pago por servicios de be darse el día de servicio. Como parte de nuestro servicio someteremos cargos a compañía de seguros. Beneficios son determinados por el contrato mio como miembro de mi seguro y por mi seguro. Yo entiendo que responsabilidad de el pago por los servicios dados finalmente será mía (el paciente). Necesitaremos toda la información de su seguro que tenga. Si en el futuro cambia su seguro o su información personal por favor avísenos para que mantengamos su información al corriente.

Firma de Paciente o Representante de menor

Relación

Fecha