

Westchester Medical Regional Physician Services, PC

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (POR FAVOR IMPRIMA)

Today's date:			Motivo de la visita:		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Last name: Apellido		First: Nombre		Initial:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.
					Marital status: Estado civil
Email Address:		Social Security #: # de Seguro Social		Birth date: Fecha de Nacimiento	Age: Sex: Sexo
Street Address: Dirección			Home phone: Teléfono de Casa		Mobile/Other phone: Otro Teléfono
City, State & ZIP Code: Ciudad, estado & Zip:					
Occupation: Ocupación		Employer: Empleador			Employer phone #: Teléfono de Trabajo
Por favor uno del círculo: Raza: <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Black/Afro Americano <input type="checkbox"/> White/Blanco				Etnia: Hispanic / Non-Hispanic	
<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Americano <input type="checkbox"/> Mixed Race/Mas de una raza <input type="checkbox"/> Other _____				<input type="checkbox"/> negarse a responder	
¿Cómo se enteró de nosotros? (Marque una casilla):			<input type="checkbox"/> Dr.		Lenguaje preferido: <input type="checkbox"/> English
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Insurance Plan	<input type="checkbox"/> Family/Friend	<input type="checkbox"/> Yellow Pages	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
Por favor dar su tarjeta de seguro y identificación a la recepcionista.					
Primary Insurance: Medico Principal:					
Parte asegurada:		Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Policy #: identificación del asegurado	Póliza de grupo #:
Dirección de Parte asegurada: (Si es diferente):				Teléfono de Parte asegurada:	
Ciudad:		Estado:	ZIP:		
Ocupación		Employer: Empleador		Dirección de Empleador:	Teléfono de Empleador:
Relación con la personal primariamente asegurade/garante: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otros					
Seguro Medico Principal (Si es aplicable):		Parte asegurada:	identificación del asegurado:	Póliza de grupo #:	
Relación con la personal primariamente asegurade/garante: «RelToPatient» <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otros					
INFORMACIÓN MÉDICO REFERENTE & FARMACIA					
Refiriéndose médico:			Especialidad:		
Dirección:			Teléfono:		
Ciudad, estado & Zip:					
Nombre de la farmacia:			Teléfono farmacia:		
CONTACTOS DE EMERGENCIA					
Nombre de contacto de emergencia		relación con el paciente	Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo	Otro Teléfono
Yo certifico que la información arriba es correcta, Tambien autorizo Westchester Heart & Vascular, APS, para que envíe las cuentas a mi seguro médico por los sevicios brindados. Por Adelanto, autorizo la divulgación de mi información médica y/o dental a mis aseguradores o las partes rensables. Yo comprendo que cuando ni el seguro medico ni otros beneficios están disponibles, Yo soy responsable por el pago de cualquier cuenta. Yo estor de acuerdo en pagar mi copago al momento.					
Firma:					Fecha:
Firma del paciente tutor:					Fecha: