C:\Users\Camilo\Downloads\surgery-now-logo-norcross-ga-transp.pngsurgery-now-logo-norcross-ga-transp**SURGERY NOW**

**FORMULARIO DE REGISTRO**

(Please Print)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Hoy: | |  | | | | | | PCP: | | | | | |
|  | | **INFORMACION PACIENTE** | | | | | | | | | | | |
| Apellido del paciente: | | Primer: Segundo: | | | | | | * Mr. * Mrs. |  Miss  Ms. | | Estado (circle one)  Soltero/ Casado / Div / Sep / | | |
| Cuanl es su nombre legal? | | Si no, cual es su nombre legal? | | | (Nombre anterior): | | | | | Fecha de Nac.: | | Edad: | Sexo: |
|  Yes |  No |  | | |  | | | | | / / | |  |  M  F |
| Dirección: | |  | | | | Seguro Social No.: | | | | | No. De Teléfono:  ( ) | | |
| Ciudad: | |  | Estado: | Código postal | | | Correo electrónico: | | | | | | |
| Occupación: | |  | Empleador: | | | | | | | | No. Teléfono empleador:  ( ) | | |
| Referido por: | |  Dr.  Plan de Seguro  Hospital | | | | | | | | | | | |
|  Familia  Amigo | |  Cerca de Casa o Trabajo  Internet  Otro | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION DEL SEGURO** | | | | | | | |  |
| (Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.) | | | | | | | |  |
| Persona responsible del pago: | | Fecha de Nac.: | | | Dirección (Si es diferente): | | | No. De Teléfono: |
|  | | / / | | |  | | | ( ) |
| Occupación: | Empleador | | | Dirección del Empleador | | | | No. De teléfono:  ( ) |
| Esta este paciente cubierto por   Si  No Aseguradora? | | | | | | | |  |
| Por favor indique su seguro dental | | | | | | | |  |
| Nombre del Asegurado: | | | Seguro Social no.: | | | Fec. De Nac.:  / / | Group no.: | No. de segúro.: |
| Relación del paciente con el Asegurado:  Yo mismo  Esposo(a)  Hijo(a) Otro | | | | | | | |  |
| Nombre del seguro medico: | | | | | | | |  |
| Nombre del Asegurado: | | | Seguro Social no.: | | | Fec. De Nac.:  / / | Group no.: | No. de segúro |
| Relación del paciente con el Asegurado:  Yo mismo  Esposo(a)  Hijo(a)  Otra | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EN CASO DE EMERGENCIA** | | | |
| Nombre de un amigo o familiar local (que no viva en la misma dirección): | Relación con el paciente: | Tel. de la casa.: | Tel. del trabajo: |
|  |  | ( ) | ( ) |
| **AUTORIZACION DEL PACIENTE** | | | |
| La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo ​​que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo o deducible. También autorizo ​​a Surgery Now o a la compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos. Autorizo al Dr. Husain Ali Khani y/o al personal a realizar un examen oral y maxilofacial y tomar las radiografías necesarias para este examen. Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que se han respondido todas las preguntas relacionadas con este aviso.    *Patient/Guardian signature Date* | | | |