**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*  |