

REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

KIDNEY & HYPERTENSION SPECIALISTS OF MIAMI, PA

Nephrology & Hypertension

1190 NW 95th Street, Suite 207

Miami, FL 33150

Telephone: (305) 835-7045

Fecha _____ Teléfono de la Casa (____) _____ Celular (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ No. de Identif. del Paciente/SS/HIC _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____
Dirección _____ E-mail _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad
 Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años
Empleador o Escuela del Paciente _____ Ocupación _____
Dirección del Empleador o Escuela _____ Teléfono del Empleador o Escuela (____) _____
¿Quién lo refirió a nosotros? _____
En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____
Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. Seg. Soc. _____
Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Persona Responsable Empleada por _____ Ocupación _____
Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (____) _____
Compañía de Seguros _____
Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No
Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____
Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Suscriptor Empleado por _____ Teléfono del Empleador (____) _____
Compañía de Seguros _____ No. Seg. Soc. _____
Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____
Dr. _____ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados.
Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.
El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente