

Surgical Wellness Center, Inc.
Family Wellness Center, Inc.

REFERIDO POR: Doctor Libro Telefonico
 1-800-DOCTORS Abogado
 Amigo/Familiar Otro

PATIENT REGISTRATION (Favor de en Letra de Molds)

NOMBRE DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APODO
SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sep	SEGURO SOCIAL	TELÉFONO CASA ()
DOMICILIO			Ciudad	Estado	Código Postal
ESTATUS <input type="checkbox"/> TRABAJANDO <input type="checkbox"/> ESTUDIANDO		OCUPACION			TELÉFONO TRABAJO ()
NOMBRE DEL EMPLEADOR (PATRON)		DIRECCION DEL TRABAJO			Ciudad
					Estado
					Código Postal
CORREO ELECTRONICO					DEL TELEFONO DE LA FARMACIA ()

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

NOMBRE		RELACION EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Si Mismo (A) <input type="checkbox"/> Hijo (A) <input type="checkbox"/> Esposo (A) <input type="checkbox"/> OTRO		OCUPACION
DOMICILIO		SEGURO SOCIAL		TELÉFONO CASA ()
Ciudad	Estado	Código Postal		TELÉFONO TRABAJO ()
		NOMBRE DEL EMPLEADOR		

SEGURO DE SALUD PRIMARIO

SI Usted No Tiene Seguro Favor de Chequiar

COMPANIA de SEGURO		ASEGURADO (SI es diferente al paciente, por favor completa.)		
NOMBRE DE LA COMPANIA		NOMBRE DEL ASEGURADO		TELÉFONO CASA ()
NUMERO DE POLIZA		DOMICILIO DEL ASEGURADO		
DOMICILIO		Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal		
RELACION EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Si Mismo (A) <input type="checkbox"/> Hijo (A) <input type="checkbox"/> Esposo (A) <input type="checkbox"/> OTRO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NUMERO DE TELEFONO PARA VERIFICACION () PARA PRECERTIFICACION ()		NOMBRE Y NO. DEL TELEFONO DEL EMPLEADOR		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO

SEGURO DE SALUD SECUNDARIO

COMPANIA DEL SEGURO		ASEGURADO (SI es diferente al paciente, por favor completa.)		
NOMBRE DE LA COMPANIA		NOMBRE DEL ASEGURADO		TELÉFONO CASA ()
NUMERO DE POLIZA		DOMICILIO DEL ASEGURADO		
DOMICILIO		Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal		
RELACION EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Si Mismo (A) <input type="checkbox"/> Hijo (A) <input type="checkbox"/> Esposo (A) <input type="checkbox"/> OTRO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NUMERO DE TELEFONO PARA VERIFICACION () PARA PRECERTIFICACION ()		NOMBRE Y NO. DEL TELEFONO DEL EMPLEADOR		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR	RELACION CON EL PACIENTE	TELÉFONO ()
DOCTOR DE LA FAMILIA		TELÉFONO ()

Si el paciente es menor de 18 años, por favor completa la siguiente informacion

NOMBRE DEL ADULTO	RELACION CON EL PACIENTE	FIRMA
-------------------	--------------------------	-------

AUTORIZACION PARA EL SEGURO

Yo autorizo al "SURGICAL WELLNESS CENTER" y "FAMILY WELLNESS CENTER" para enviar la información médica que el seguro de salud necesite para pagar mi cuenta médica.
 Yo certifico que la información acerca de mi seguro de salud es correcta y autorizo que los pagos sean enviados directamente al SWC y/o FWC, si no pago mi balance y hubiera necesidad de acción legal (abogados / corte / agencia de colección) yo seré responsable de los gastos.

Firma _____ Fecha: _____