



SPANISH PATIENT REGISTRATION FORM

La fecha de hoy:		Médico:	
INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Nombre del paciente:		Dirección de correo electrónico::	
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál es tu nombre?	Fecha de nacimiento:	Edad: Sexo:
Dirección de calle:			
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad, estado, código postal:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:
Ocupación:	Empleador:	Empleador teléfono #	

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
(Indique su tarjeta del seguro a la recepcionista).			
Persona responsable del proyecto de ley:	Fecha de nacimiento:	Dirección (si es diferente):	Inicio teléfono #
ES ESTE PACIENTEAQUÍ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Ocupación:	Empleador:	Dirección (si es diferente):	Empleador teléfono #
Nombre de seguro primario			
Nombre del suscriptor:	S.S. del suscriptor #	Fecha de nacimiento:	Grupo # Seguro ID # Copago:
Relación del paciente al suscriptor:	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros		
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:	Grupo #	Seguro ID #
Relación del paciente al suscriptor::	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros		
Opcional:			
Carrera:	Raza:	Idioma :	Estado amoking:
Si el trabajo relacionado por favor incluya la siguiente			
Fecha de la lesión:	Número de reclamo:		
Nombre Examinador de Reclamos:	Número de teléfono:		
Cómo ocurrió la lesión:			

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre del local amigo o pariente (no en la misma dirección):	Relación con el paciente::	Inicio teléfono #	Trabajo teléfono #
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mi seguro beneficios serán pagados directamente a la radiología Stockdale. Entiendo que soy responsable económicamente de cualquier saldo. También autorizo Stockdale radiología o compañía de seguros para liberar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos			
Firma del paciente/tutor		Fecha	