

Adelante Healthcare

Registracion de Paciente

Informacion del Paciente

Primer Nombre:		Inicial:	Apellido:		Otros apellidos usados:	
Domicilio de correo:			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Domicilio de casa:			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Telefono de casa #: ()			Telefono de trabajo o celular #: ()			
Fecha de nacimiento:		Seguro Social #:	Sexo: M	F	Referido por:	
Estado Civil:	Soltero(a)	Soltero(a) con pareja	Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)	Viudo(a)
Raza:	Blanca	Hispana	Negra	India	Asiatico	Otra
Razon de visita:			Correo Electronico:			
Si se trata de accidente, que tipo?			Auto	Trabajo	Resbalar/caida	Otra

Informacion de Aseguranza (Por favor presente la tarjeta de aseguranza para hacer una copia)

Tiene:	Aseguranza	AHCCCS	Medicare	Nada	Otra
Nombre de Aseguranza Primaria:			ID #:	Grupo #:	
Nombre de Aseguranza Secoudaria:			ID #:	Grupo #:	

Persona Responsable (tiene que ser un adulto mas de 18 años)

Primer Nombre:		Inicial:	Apellido:		Sexo: M	F
Fecha de Nacimiento:		Seguro Social #:	Relacion al Paciente:			

Informacion de Empleo

Persona responsable Economicamente:						
Nombre de Empleo:			Profesion:			
de Empleo:			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Telefono: ()			Numero de Licencia de Manejar #:			

Informacion de Emergencia

Persona en causa de emergencia:			Telefono #: ()			
Domicilio:			Relacion al Paciente:			

Otros Miembros de la Familia

Primer Nombre	Initial	Apellido	Sexo	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Informacion de Aseguranza

Yo por la presente atestiguo, que la informacion presentada encima es correcta y verdadera al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo y estoy de acuerdo que sere responsable por algun balance en mi cuenta que este relacionada con los servicios profesionales rendidos. Si por alguna razon se determina que no soy elegible para recibir los beneficios que cubre mi seguro, Yo o la persona responsable de mi, se hara cargo de la cantidad total debida dentro de 30 dias de recibir el cobro. Autorizo el pago de beneficios medicos directamente a la asistencia de Adelante Healthcare. Yo autorizo la liberacion de informacion medica necesaria para procesar algun reclamo medico.

Si hay alguien mas a quien usted nos autoriza a hablar con respecto a su cuidado médico, imprima por favor su nombre y la relación abajo. Por favor note que esta persona se quedará autorizada para recibir información hasta que usted proporcione documentación escrito al contrario.

Nombre: _____ Relacion: _____

Firma de Paciente o Representante: _____ Fecha: _____