

# StDavid's HEART & VASCULAR

## Formulario de Registro para el Paciente

(Por favor escriba con letra de molde o de imprenta)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Mujer  Hombre  Mujer transgénero a hombre  Hombre transgénero a mujer  Genderqueer  Elige no especificar  
 Categoría de género adicional no incluida en la lista \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

*Cuál es su número preferido:*

Número de Teléfono de Casa: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_  Número de Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de Teléfono Móvil: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raza/Etnia: \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Primario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Médico de Cabecera o Primario: \_\_\_\_\_ Médico que nos Recomendó: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección Laboral: \_\_\_\_\_ Número de Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Plan Médico

Su(s) tarjeta(s) de plan médico o prueba de tener un plan médico vigente debe ser presentada al momento del servicio.

**Nombre del Plan Médico Principal o Primario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del Plan Médico Secundario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del Plan Médico Terciario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Asignación y Autorización de Beneficios para Pacientes con Plan Médico

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, plan médico privado y otros planes médicos a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, pagos compartidos (co-insurance y copay en inglés) y deducibles. Yo autorizo la divulgación de porciones de mi récord médico al grado que sea necesario para determinar mis beneficios, obtener pagos y reembolso. Yo autorizo a que hagan reclamos a mi plan médico y a que mi plan decida asignar mis beneficios.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo representa**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### \*\*\*Reconocimiento Financiero para Pacientes sin Plan Médico\*\*\*

A aquellos pacientes que no estén cubiertos por un plan médico, se les espera pagar el monto completo al momento del servicio. Yo acepto que soy responsable financieramente por todos los cargos incurridos durante mi visita o servicio obtenido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo representa**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Revisado: 4/7/17