

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con nosotros.

(Escriba en letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Primer nombre del paciente	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Sexo al nacer
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo ☐ Igual que la anterior	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono personal ()	Número de celular ()	Número de teléfono laboral ()	
☐ Padre/madre ☐ Tutor(a) ☐ Cónyuge Nombre:	Fecha de nacimiento / /	Dirección: ☐ Igual que la anterior	Número de teléfono ()	
☐ Padre/madre ☐ Tutor(a) Nombre:	Fecha de nacimiento / /	Dirección: ☐ Igual que la anterior	Número de teléfono ()	
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO				
Persona responsable de la factura	Fecha de nacimiento / /	Dirección (si es diferente)	Número de teléfono ()	
Ocupación	Empleador	Número de teléfono del empleador ()		
Relación con el suscriptor: ☐ Él mismo ☐ Hijo(a) ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Otro:				
Seguro médico principal:				
Nombre del suscriptor	Nro. de póliza	Nro. de grupo	Fecha de nacimiento del suscriptor / /	Copago \$
Seguro médico secundario:				
Nombre del suscriptor	Nro. de póliza	Nro. de grupo	Fecha de nacimiento del suscriptor / /	Copago \$
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL				
Seguro dental principal:				
Nombre del suscriptor	Nro. de póliza	Nro. de grupo	Fecha de nacimiento del suscriptor / /	
EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre del amigo o familiar	Relación con el paciente	Número de teléfono principal ()	Número de teléfono secundario ()	

La información detallada anteriormente es verdadera, a mi saber y entender. Autorizo que se pague directamente a Unity Care NW la asignación de beneficios por los servicios recibidos. Comprendo que soy responsable financieramente de cualquier remanente. También autorizo a Unity Care NW o a mi compañía de seguro para que divulguen la información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma: _____ Fecha: _____