



1260 SOUTH MAIN ST., STE 202 SALINAS, CA 93901
(831) 769-9355 * (831) 754-4955

FORMA DE REGISTRO PARA PACIENTES

INICIALES DE RECEPCIÓN

NUM. DE CUENTA DEL PACIENTE		PERSONA RESPONSABLE		NÚMERO DE ARCHIVO	CATEGORÍA
APELLIDO, NOMBRE		NO. DE TELÉFONO EN CASA		FECHA DE NACIMIENTO	NO. DE LICENCIA DE MANEJO
DOMICILIO		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO (MASCULINO/FEMENINO)		ESTADO CIVIL	ÚLTIMA PRUEBA DEL TETANOS
OCUPACIÓN		EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA		NO. DE TELÉFONO DE LA EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA	
DOMICILIO DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
MÉDICO FAMILIAR	RECOMENDADO POR:	NOMBRE Y NO. DE TEL. DE LA PERSONA A QUIEN AVISARLE EN CASO DE EMERGENCIA			(PARENTESCO O RELACIÓN)
INFO DE SEGURO PRIMARIO FAVOR DE PROVEER UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO		NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO			
DOMICILIO DEL SEGURO MÉDICO					NÚMERO DE TELÉFONO
NO. DE IDENTIFICACIÓN DE SUSCRIPTOR	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE PLAN		DÍA DE INICIO DE COBERTURA:	
DEDUCIBLE ANUAL	CO-PAGO	NOMBRE DEL ASEGURADO			FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
SEXO DEL ASEGURADO (MASCULINO/FEMENINO)	NO. DE TELÉFONO DEL ASEGURADO			NO. DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
DOMICILIO DEL ASEGURADO		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL ASEGURADO				NO. DE TEL. DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL ASEGURADO	
DOMICILIO DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL ASEGURADO		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INFO DE SEGURO SECUNDARIO FAVOR DE PROVEER UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO		NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO			
DOMICILIO DEL SEGURO MÉDICO					NÚMERO DE TELÉFONO
NO. DE IDENTIFICACIÓN DE SUSCRIPTOR	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE PLAN		DÍA DE INICIO DE COBERTURA:	
DEDUCIBLE ANUAL	CO-PAGO	NOMBRE DEL ASEGURADO			FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
SEXO DEL ASEGURADO (MASCULINO/FEMENINO)	NO. DE TELÉFONO DEL ASEGURADO			NO. DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
DOMICILIO DEL ASEGURADO		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL ASEGURADO				NO. DE TEL. DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL ASEGURADO	
DOMICILIO DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL ASEGURADO		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Yo autorizo que se haga el pago de los beneficios médicos directamente al médico proveedor de los servicios ofrecidos. Soy responsable financieramente por todos los co-pagos y los servicios que no cubra el seguro.
Yo autorizo a cualquier compañía de seguro, organización, empleador, hospital, médico o farmacéutico a entregar cualquier información para este reclamo y los gastos reportados, ya sea por correo o fax.

FECHA

FIRMA (Asegurado o Persona Autorizada)