

# CENTRO DE CIRUGIA PLASTICO DEL SUR

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

## FORMA de REGISTRO de PACIENTE

### INFORMACION del PACIENTE

Acct# \_\_\_\_\_

¿COMO FUE REFERIDO USTED A NUESTRA PRACTICA?

¿La RAZON PARA VISITA HOY?

NOMBRE:TITULO	PRIMER	M.	APELLIDO	
DIRECCION	APT#	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO DE LA CASA ( )	TELEFONO DEL TRABAJO ( )	CELULAR ( )	NUMERO SOCIAL.#	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: (rodee) M F	ESTADO CIVIL (rodee uno) Soltera/O Casado Enviudado Divorciado	
NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADO	NUMERO DE TELEFONO ( )			
NOMBRE de ESPOSO EMPLEO de ESPOSO	TRABAJO DIRECCION NUMERO DE TELEFONO ( )			
NOMBRE de PADRE (SI MENOR)	DIRECCION TELEFONO ( )			
PARIENTE O AMIGO LOCAL NOMBRE	TELEFONO ( )			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

### EL PARTIDO RESPONSABLE (si no es el paciente)

NOMBRE/PRIMER	M.	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCION EL (SI DIFERENTE)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO	
TELEFONO DE LA CASA ( )	NUMERO DE TELEFONO ( )	NUMERO SOCIAL		
NOMBRE DEL EMPIEO	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO

### INFORMACION de SEGURO

SEGURO PRIMARIO			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO
NOMBRE DEL ASEGURADO	ID#	# DEL GRUPO	FECHA DE NACIMIENTO:
SEGUROS SEGUNDO			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO
NOMBRE DEL ASEGURADO	ID#	# DEL GRUPO	FECHA DE NACIMIENTO:
La FUENTE que se REFIERE			

Consienta para la Políticas/Tarea de Tratamiento/Pago de la Liberación de Beneficio/Seguro:

Reconozco que la política de esta oficina es que todos los pagos deben ser hechos en el momento de todas las visitas a la oficina. Reconozco que soy responsable de pago de todos servicios rendidos por esta oficina a mi dependiente o a yo mismo. Cualquier cuenta mas de 60 días de la fecha de servicio se acumularan una carga de interes de 1 1/2% por mes, que es igual a 18% por año. Autorizo la liberacion de informacion medica necesaria para procesar reclamos al seguro. Yo por esta medio asigno pago directamente al Centro de Cirugia Plastico de Sur para el beneficio basico asi como beneficios medicos mayores en esto espeafico y de otro modo pagadero a mi, pero no exceder los gastos regulares para el periodo de tratamiento. De acuerdo con las sugerencia a adoptadas por el Bordo de la Cirugia de Plasttico de America, Inc. es rutinario que los honorarios de procedimientos optativos son pagados antes de la cirugía. Yo por este medio consiento voluntariamente al tratamientos en esta oficina y autorizo los tratamientos, los exámenes, las medicinas, la anestesia, operaciones quirúrgicas y procedimientos diagnosticos como ordenado por el medico que asiste.

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Información encima de correcta: Fecha \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_