



REGISTRACIÓN DE PACIENTE
PATIENT REGISTRATION
 (TO BE FILLED IN COMPLETELY - PLEASE PRINT)

Información del Paciente

PATIENT INFORMATION

Nombre Completo FULL NAME _____ Fecha de nacimiento DATE OF BIRTH ____/____/____ Edad AGE ____

Dirección Local LOCAL ADDRESS _____ APT/SP _____ Hombre Male _____ Mujer Female _____ Marital Status _____ Espos(a) Spouse _____
 S M W D

Ciudad CITY _____ Estado STATE _____ Colonia ZIP CODE _____ Teléfono de casa HOME PHONE _____

Visitante de invierno WINTER VISITOR Yes ___ No ___ Dirección Permanente PERMANENT ADDRESS _____ APT/SP _____

Ciudad CITY _____ Estado STATE _____ Colonia ZIP CODE _____ Teléfono de casa HOME PHONE _____ Teléfono celular CELL PHONE _____

No. de seguro social SOCIAL SECURITY NO. _____ No. de licencia de manejar DRIVER'S LICENSE NO. _____ Estado STATE _____

Patrón EMPLOYER _____ Dirección ADDRESS _____ Teléfono de negocio BUSINESS PHONE _____

If retired, please state company _____

Contacto emergencia EMERGENCY CONTACT _____ Relación RELATIONSHIP _____

Camino STREET _____ Ciudad CITY _____ Estado STATE _____ Colonia ZIP _____ Teléfono PHONE _____

Recomendado por quien REFERRED BY _____ Nombre NAME _____ Teléfono PHONE _____

Correo electrónico EMAIL ADDRESS _____

- RACE:** American Indian or Alaska Native More than one Race **ETHNICITY:** Hispanic or Latino
 Asian Other Race Non Hispanic or Latino
 Black or African American Unknown/Not Reported Unknown/Not Reported
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

Persona responsable

RESPONSIBLE PARTY

Preferred Language _____

Nombre completo FULL NAME _____ Relación RELATIONSHIP _____ No. de seguro social SOCIAL SECURITY NO. _____

Dirección ADDRESS _____ Fecha de nacimiento DATE OF BIRTH ____/____/____

Ciudad CITY _____ Estado STATE _____ Colonia ZIP CODE _____ Teléfono de casa HOME PHONE _____

Patrón EMPLOYER _____ Teléfono de negocio BUSINESS TELEPHONE _____

Dirección ADDRESS _____ Colonia ZIP CODE _____

Información de seguro médico

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

Primera aseguradora PRIMARY INSURANCE CARRIER _____ HMO OR PPO? Si YES _____ No NO _____ Paga en parte CO PAYMENT? \$ _____

Dirección ADDRESS _____ Ciudad CITY _____ Estado STATE _____ Colonia ZIP _____

No. de grupo GROUP NO. _____ Identificación o no. de póliza ID OR POLICY NO. _____

Poseedor o de póliza NAME OF POLICY HOLDER _____ Relación a paciente RELATIONSHIP TO PATIENT _____

Segunda aseguradora SECONDARY INSURANCE CARRIER _____

Dirección ADDRESS _____ Ciudad CITY _____ Estado STATE _____ Colonia ZIP _____

No. de grupo GROUP NO. _____ Identificación o no. de póliza ID OR POLICY NO. _____

Poseedor de póliza NAME OF POLICY HOLDER _____ Relación a paciente RELATIONSHIP TO PATIENT _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MÉDICA, DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y PAGOS DE CUENTA.
 AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION, ASSIGNMENT OF BENEFITS & PAYMENT OF ACCOUNT

I authorize Pima Heart & Vascular to release medical information for insurance purposes concerning treatment of the above patient while under their care. I assign my rights to benefits of insurance plans to Pima Heart & Vascular, and I agree to pay any fees not covered by insurance. If collections proceedings are required, I agree to pay reasonable collection fees. I also authorize my hospital records be released to Pima Heart & Vascular.

Yo autorizo a las oficinas de Pima Heart & Vascular que den información sobre los datos médicos de mi, mientras estoy bajo el cargo de la clínica, con el objetivo de verificar el tratamiento médico para la seguridad. Al firmar este dato, yo entiendo que todos los beneficios y derechos de mi propio plan de seguridad se aplicaran con Pima Heart & Vascular, y también entiendo que soy responsable de cuentas delincuentes, no pagadas por mi seguridad. Si es necesario que una agencia de colecciones se utilice yo estoy de acuerdo en pagar gastos de colección que sean razonables. También autorizo a las oficinas de Pima Heart & Vascular que obtengan datos médicos míos de otras clínicas y hospitales.

Signatura SIGNATURE _____

Fecha DATE _____