Roland J Domínguez MD PA
Registro de Información del Paciente

Por favor IMPRIMA y LLENE TODAS las secciones inferiores

Informacion Del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ _____ _____
Apellido Premier Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Teléfono (casa): (____) _____ Paciente vive con (marque uno): Madre / Padre / Otro _____

Dirección: _____ Apt.#: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Etnicidad (marque uno): Hispano / No Hispano Raza (marque uno): Asiático / Africano Americano / Blanco / Otra Raíz _____

Nombre De la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleo y Dirección: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (trabajo): _____ Teléfono (celular): _____

Nombre Del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleo y Dirección: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (trabajo): _____ Teléfono (celular): _____

Estado Civil (marque uno): Soltero Casado Divorciado (Si es divorciado cual padre tiene la custodia legal?)

Informacion del Seguro

Por pavor Presente Tarjetas de Seguro a la Recepcionista

Seguro Primario: _____ # de Grupo: _____ # póliza: _____

Seguro Secundario: _____ # de Grupo: _____ # póliza: _____

Ninos Adicionales

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Relación al paciente: _____

Consentimiento de Tratamiento Acuerdo Financiero

Por este medio asigno, transfiero, y pongo a Roland J Domínguez MD PA todos mis derechos, títulos, e intereses en mis beneficios de reembolso medico bajo me póliza de seguro. Autorizo la liberación de información médica alguna para determinar estos beneficios. Esta autorización permanecerá valida hasta que revoque esta notificación por escrito. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos sean o no cubiertos por el seguro. También autorizo la liberación de información privada de la salud a otros proveedores que participan en el cuidado del niño.

Fecha: _____ Firma: _____