

FORMA DE CVD PARA REGISTRO DEL PACIENTE

*Su pago se vence en el momento del servicio, incluyendo el co-pago, co-seguro, y/o el deducible no cubierto. El personal de CVD le cobrará en el momento del servicio.

DATE: _____ MR# _____ NP# _____

Información del Paciente

Apellido, Nombre e Inicial del segundo nombre		Seguro Social No.	Fecha de nac.	Edad	Sexo M F
Dirección actual		Contacto de emergencia	Relación	Teléfono No.	
Ciudad, estado y código postal		Nombre del médico que lo derivó			
Teléfono actual No.	Teléfono celular No.	Teléfono del médico que lo derivó No.			
Correo electrónico		Nombre del médico de atención primaria			
Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a		¿Cómo se enteró de nuestros servicios? (por favor sea específico)			
Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Inespecifico					
Race: Amercian Indian or Alaska Native Asian Black or African American Native Hawaiian or other Pacific Islander White Other					

Información de Empleo

Estatus de empleo: TC MT DISCAPACITADO/A JUBILADO/A OTRO		ESTATUS DE ESTUDIANTE: TC MT N/A			
Nombre del empleador actual		Dirección del empleador			
Ocupación	Teléfono del trabajo No.	Ciudad, estado y código postal			

Información de la Persona Responsable

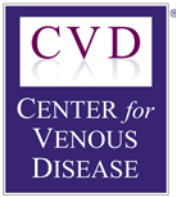
Nombre		Seguro Social No.	Fecha de nac.
Dirección		Nombre del empleador	
Ciudad, estado y código postal		Teléfono del trabajo	
Teléfono No.		Relación con el paciente: Paciente Esposo/a Padre/Tutor Legal Otro	

Información del Seguro Médico

Nombre del seguro Primario		No. de cliente	Grupo No.
Dirección para reclamos		Nombre del cliente	
Ciudad, estado y código postal		Seguro Social del cliente No.	Fecha de nac. del cliente
Teléfono del seguro médico No.		Relación con el paciente: Paciente Esposo/a Padre/Tutor Legal Otro	
Nombre del seguro Secundario		No. de cliente	Grupo No.
Dirección para reclamos		Nombre del cliente	
Ciudad, estado y código postal		Seguro Social del cliente No.	Fecha de nac. del cliente
Teléfono del seguro médico No.		Relación con el paciente: Paciente Esposo/a Padre/Tutor Legal Otro	
Nombre del seguro Terciario		No. de cliente No.	Grupo No.
Dirección para reclamos		Nombre del cliente	
Ciudad, estado y código postal		Seguro Social del cliente No.	Fecha de nac. del cliente
Teléfono del seguro médico No.		Relación con el paciente: Paciente Esposo/a Padre/Tutor Legal Otro	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN

<p>Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al proveedor que presto los servicios. Yo comprendo que mi proveedor médico enviará de mi parte su factura a mi seguro, pero yo soy financieramente responsable de todos los costos, ya sea que estén o no cubiertos por el seguro médico. Por la presente autorizo la entrega de toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficio.</p>	
Firma de la persona responsable	Fecha



FORMA DE CVD PARA REGISTRO DEL PACIENTE

***Su pago se vence en el momento del servicio, incluyendo el co-pago, co-seguro, y/o el deducible no cubierto. El personal de CVD le cobrará en el momento del servicio.**

DATE: _____ MR# _____ NP# _____