

**Registro de información del paciente.
IMPRIMA toda la información**

N.º DE CUENTA DEL PACIENTE

FECHA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N.º DE TELÉFONO RESIDENCIAL	N.º DE TELÉFONO LABORAL	N.º DE TELÉFONO CELULAR O ALTERNATIVO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			
GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
		¿ALGUNA VEZ FUE PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO?	
OCUPACIÓN		EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO			
NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE	
CONDICIÓN DE ESTUDIANTE A tiempo completo A tiempo parcial No soy estudiante	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO

PERSONA ENCARGADA DEL PAGO QUE NO SEA EL PACIENTE

NOMBRE		PARENTESCO	
DIRECCIÓN			
OCUPACIÓN	EMPLEADOR	TELÉFONO	
DIRECCIÓN		N.º DE TELÉFONO LABORAL	

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
N.º DE MEDICARE	N.º DE MEDICAID	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Asignación de beneficios:

Por el presente, asigno y autorizo a mi compañía de seguro, incluido Medicare, otros seguros patrocinados por el gobierno de los cuales puedo recibir cobertura o todos los pagadores comerciales a realizar pagos en mi nombre directamente a Anne Arundel Dermatology. También asigno cualquier beneficio de Medigap que se deba pagar directamente a mi proveedor. Permiso el uso de una copia de esta autorización en lugar del original.

Firmado _____

Fecha _____

***Se pueden aplicar cargos por no presentarse o cancelar sin previo aviso. Inicio _____ Fecha _____ ***

¿Cómo se enteró de Anne Arundel Dermatology, P.A.?

Radio Sitio web de seguros Revista Búsqueda de Google Redes sociales Familiar/amigo Referencia de un médico Otro: _____