



# RIO GRANDE MEDICINE

## NUEVO FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Social#: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono Mobil: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado( )Soltero(a)( )Vuido(a)( )Divorciado(a)( )

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Informacion de Seguro Medico (Presente la tarjeta de seguro el día de la cita)

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Póliza#: \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: SELF SPOUSE

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: SELF SPOUSE

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion Empleador: \_\_\_\_\_ Work Tel: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo: \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que seré RESPONSABLE de los pagos de todos los cargos incurridos. Solicitamos que todas las visitas al consultorio se paguen al momento del servicio. Esperamos que usted pague los servicios prestados. No responsabilizamos a las compañías de seguros secundarias por el pago

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_