

REGISTRACION
(LETRA MOLDE)

LUIS HINES & ASSOCIATES, P.A.
1250 S.W. 27th Ave., Suite 404
Miami, FL 33135

Teléfono: (305) 642-5255
Fax: (305) 642-8850

Fecha _____ Teléfono (casa) () _____ Mobile () _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ SS/HIC/ID del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Inicial segundo nombre

Dirección _____ Correo Electronico: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Casado Viudo Soltero Menor
 Separado Divorciado Pareja por _____ años

Empleo/Escuela del Paciente: _____ Ocupación _____

Dirección del Empleo/Escuela _____ Teléfono de Empleo/Escuela: () _____

Quien les damos las gracias por el referido? _____

En caso de emergencia, a quien notificamos? _____ Teléfono () _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable por la cuenta _____

Relación con el Paciente _____ Apellido Fecha de Nacimiento _____ Soc. Sec. # _____
Inicial

Dirección (si es diferente del paciente) _____ Teléfono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Posta _____

Empleo de la Persona responsable _____ Ocupación _____

Dirección de Empleo _____ Teléfono de Empleo () _____

Compañía de Seguro _____

No. de Contrato _____ Grupo: _____ Suscripción _____

Nombres de otros dependientes cubierto en este plan: _____

SEGURO ADICIONAL

El paciente esta cubierto por otros seguro? Si No

Nombre del suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al paciente _____

Dirección (si diferente del paciente) _____ Teléfono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Subscrito empleado por _____ Teléfono () _____

Compañía de Seguro _____ Soc. Sec. # _____

No. de Contrato _____ No. de Grupo _____ Suscriptor _____

Nombres the otros dependientes cubiertos en este plan: _____

CESIÓN Y LIBERACIÓN DE SEGURO

Certifico que yo y mis dependientes tienen cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al
Nombre de la Compañía de seguro(s)

Dr. _____ Todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. El doctor arriba mencionado puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información a la compañía de seguros antes mencionado y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se complete o un año desde la fecha de la firma a continuación.

Firma del paciente, guardian or representante

Fecha

En letra molde el nombre del paciente, guardian or representante

Relación al paciente