



FORMA DE REGISTRO

Fecha de hoy:		Doctor Primario:			
PATIENT INFORMATION					
Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Señorita Estado Civil Soltero /Casado/ Divorciado/viudo
Apellido de Soltero (a):	Raza:	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> reusó contestar		Fecha de Nacimiento: / /	Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
# Seguro Social	Dirección:			Tel Casa : ()	
				Tel Celular: ()	
# Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Ocupación:		Empleador:		Tel trabajo: ()	
Por favor de indicar como eligió nuestra oficina		<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Plan de seguro	<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca del trabajo o casa	<input type="checkbox"/> Páginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Otra	
Algún familiar que sea paciente?					
Dirección de correo para registración al "Portal" de la oficina:					
INFORMATION DE SEGURO MEDICO					
Nombre del Asegurado:		Fecha de Naci: / /	Dirección (si no es la misma de arriba)		Teléfono de casa : ()
Esta persona es paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:		Teléfono del trabajo : ()	
Esta el Paciente cubierto por este seguro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan de Seguro:					
Dirección del Seguro:		Número del seguro: ()	Fecha Nacimiento / /	Numero de grupo:	Numero de póliza: Co-pago: \$
Relación del paciente con el asegurado		<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Espos(a)	<input type="checkbox"/> Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Otro
Seguro Secundario (si es aplicable)		Nombre del Asegurado:		Numero de grupo:	Numero de póliza:
Relación del paciente con el asegurado		<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Espos(a)	<input type="checkbox"/> Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Otro
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de un amigo/familiar		Relación con el paciente:		Teléfono de casas: ()	Tel del trabajo: ()
La información presentada es verdadera de acuerdo a mi conocimiento de ella. Yo autorizo a que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a mi Doctor. Yo Comprendo que soy responsable financieramente por cualquier balance pasado/corriente o futuro que mi seguro no cubra. Yo autorizo a "Austin Primary Care Physicians" o al seguro a obtener/pedir información requerida para el proceso de reclamos.					
Firma del paciente				Fecha:	

NORTH AUSTIN
 2200 Park Bend, Dr. Bldg. 2, Ste. 300
 Austin, TX 78758
 (512) 836-5665
 (512) 997-9092

CEDAR PARK
 11901 W. Parmer Lane, Ste. 300
 Cedar Park, TX 78613
 (512) 652-0050
 (512) 997-9092 updated 10/8/15vc