

Registracion Paciente Establecido

Fecha: _____

Porfavor Anotar con Claridad

INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre Completo : (Primero)		(Apellido)	(Segundo Nombre)		
Fecha De Nacimiento:	A cambiado su direccion, correo electronico o numero de telefono desde su ultima visita? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <i>(porfavor escribir direccion nuevo abajo)</i>				
Direccion:		Codigo Postal:	Ciudad:	Estado:	País:
# Telefono:	# Celular:	Correo Electronico:			
Estado Civil: Menor de Edad <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>					
A cambiado su aseguranca medica desde su ultima visita? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <i>(porfavor presenter su tarjeta nueva de aseguransa con la receptionista)</i>					
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre legal completo: (Primero)			(último)	(medio)	Relación con el paciente:
Dirección postal:		Zip:	Ciudad:	Estado:	País:
Número de teléfono principal:		Correo electrónico:			



976 Mountain City Hwy, Elko Nevada 89801
Phone: 775-777-7587 Fax: 775-738-9584

Información de consentimiento

Usted consiente y acuerda expresamente que, con el fin de discutir o dar servicio a sus cuentas (las "cuentas") o para cobrar los montos que usted puede deber, a + Total Care, y sus oficiales, agentes, afiliados, empleados, y cualquier proveedor de servicios afiliados o asociados y cualquier la Agencia de cobro de deudas de terceros asociada con ella (colectivamente, "nosotros") puede ponerse en contacto con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con las cuentas, incluyendo los números de teléfono inalámbricos, que podrían resultar en cargos a usted. Usted consiente y acepta expresamente que también podemos comunicarnos con usted enviando mensajes de texto, correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione, o mediante mensajes de voz o voz pregrabados o artificiales, métodos de marcación automática, sistemas o dispositivos, y pre-grabados o la voz artificial pide a cualquier número de teléfono asociado a las cuentas, incluyendo números de teléfono sin hilos o móviles, sin importar si usted incurre en cargos como resultado.

Firma del paciente/guardián: _____

Relación: _____

Consentimiento de notificación de los resultados de la prueba

Doy permiso a A+ Total Care para notificar: _____

Relación: _____

Doy permiso a A+ Total Care para dejar cualquier información de salud en mi buzón de voz.

Firma del paciente/guardián: _____

Relación: _____