

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha:			Nombre de la Comunidad:			
INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido:		Nombre:		M.I.	<input type="checkbox"/> Con la asistencia <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Atención de memoria	Estado civil :
						Solo Cas Div Sep Viud
¿Esto es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Si no es así, ¿cuál es su nombre legal?		(Nombre anterior)		Fecha de Nacimiento: Edad Mujer o Hombre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección postal:			Ciudad:		Estado	Código postal:
Apartment no./ N° de apartamento:		N° de Seguro Social:			Numero deTeléfono:	
Eligió MD24 porque / MD24 se conoce (por favor cheque): <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Doc		<input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Hospital

INSURANCE INFORMATION						
Please indicate primary insurance/ Sírvase indicar el seguro primario		<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Cigna PPO	<input type="checkbox"/> BCBS of AZ	<input type="checkbox"/> SecureHorizons	<input type="checkbox"/> APIPA
<input type="checkbox"/> Humana PPO	<input type="checkbox"/> Health Net	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> UnitedHealthCare	<input type="checkbox"/> PacifiCare		
<input type="checkbox"/> SCAN	<input type="checkbox"/> Evercare	<input type="checkbox"/> Other				
Nombre del suscripto :		N° de S.S. del suscriptor :		Fecha de nacimiento	N° de Grupo	N° Directiva: Copago \$
Nombre de seguro secundario (si procede)			Nombre del suscripto :		N° Directiva:	
Nombre de farmacia preferida :				Teléfono/Fax no		
Nombre del médico primario actual :				Teléfono/Fax no :		
<input type="checkbox"/> Compruebe si el paciente gustaría MD24 para convertirse en su principal médico						

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de amigo local o relativa (no viven en la misma dirección):		Relación con el paciente	Teléfono
			Teléfono de trabajo no.:
<p>La información es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizar tratamiento y autorizar el proveedor de servicios médicos a divulgar información para estos servicios a mi compañía de seguros para el pago. Además autorizo el pago de beneficios para el proveedor en mi nombre o a mí mismo. Entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos incurridos, independientemente de mi estado de seguro por los servicios profesionales prestados.</p> <p>He recibido una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" MD24, Inc. Entiendo que para tratar a cualquier paciente, MD24, Inc., tendrán que reunir, almacenar y utilizar mi expediente médico, y que el registro está sujeto a especial protección legal federal. Doy mi consentimiento para MD24, Inc. para recopilar, almacenar y utilizar mi expediente médico para fines operativos de tratamiento, facturación y atención de la salud.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>			
Paciente/ firma de Apoderada		Fecha	