

San Gabriel Valley Diagnostic Center
Forma de Registracion

MR# _____
Favor de llenar en letra de molde

PACIENTE

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Estado Civil: **C** _____ **S** _____ **D** _____ **O** _____
de Seguro Social: ___-___-___ Sexo: _____ #de Licensia y/o Identificacion: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Telefono: (casa): () _____ - _____ Telefono (celular): () _____ - _____
Telefono: (trabajo)() _____ - _____ Email: _____
Occupacion: _____ Compania de Trabajo: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

GARANTOR FINANCIERO

RESPONSABILIDAD FINANCIERO (PARA MENORES DE EDAD Y/O REPRESENTANTE DE CUENTA):
Relacion al paciente: _____ Eres el suscriptor? _____ Si _____ No _____
Primer Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ #de Seguro Social: ___-___-___ Sexo: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Telefono (casa): () _____ - _____ Telefono (trabajo): () _____ - _____
Compania de Trabajo/Empleador: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

INFO. DE ASEGURANZA

ASEGURANZA (FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA(S) DE ASEGURANZA A LA RECEPCIONISTA):
Aseguranza (**PRIMARIA**): _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Telefono: () _____ - _____ # de Poliza: _____
de Grupo: _____ Nombre de Grupo: _____
Nombre del Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ #de Seguro Social: ___-___-___ Sexo: _____
Relacion al paciente: _____
Aseguranza (**SECUNDARIA**): _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Telefono: () _____ - _____ # de Poliza: _____
de Grupo: _____ Nombre de Grupo: _____
Nombre del Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ #de Seguro Social: ___-___-___ Sexo: _____
Relacion al paciente: _____

ACCIDENTE

DANO DE TRABAJO Y/O PERSONAL (?ESTA VISITA ES RELACIONADA A UN ACCIDENTE?):
Clase de Accidente? ___ Trabajo ___ Auto(Manejador) ___ Auto(Pasajero) ___ Resbalones/Caidas ___ Otro ___
Fecha de Accidente: ___/___/___ #de Claim: _____ #de Poliza: _____
Aseguranza Accidental: _____ Telefono: () _____ - _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Nombre de Trabajo al tiempo del accidente: _____ Telefono: () _____ - _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Nombre de Abogado: _____ Telefono de Abogado () _____ - _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

AUTORIZACION DE BENEFICIOS

Yo consiento al tratamiento necesario para el cuidado del paciente indicado. Yo reconozco que soy totalmente responsable por los servicios proveidos en SAN GABRIEL VALLEY DIAGNOSTIC CENTER. Yo autorizo que mi informacion medica sea transferida al medico que me referio, y/o a mi aseguranza. Yo autorizo y permito que mi aseguranza administre los pagos de mis servicios directamente a SAN GABRIEL VALLEY DIAGNOSTIC CENTER. Yo autorizo y permito que una copia de este documento sea usada en parte de la original. Yo he leído esta poliza y estoy de acuerdo en dar mi consentimiento para mi/los tratamiento(s), mi responsabilidad financiera y la transferencia de mi informacion medica a mi medico y/o aseguranza.

Fecha _____

Firma _____