



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

El día de hoy:		Médico de atención primaria:			
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>					
Nombre del paciente: [Última] [Primera] [Inicial]			Estado civil:		
Esta es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es así, ¿Cuál es su nombre legal?	Nombre anterior:	Fecha de nacimiento:	Años:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra
Dirección: [Caja de dirección / P.O, ciudad, estado, código postal]					
Seguridad Social #:		Teléfono de casa #:		Teléfono móvil #:	
Dirección de correo electrónico:					
Ocupación:		Empleador:		Teléfono empleador #:	
Elegió clínica porque / a que se refiere la clínica por (elija una opción): <input type="checkbox"/> Médico _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Otros miembros de la familia se ve aquí: (otros pacientes)					
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b> (Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista)					
Responsable de proyecto: (Fiesta responsable)		Fecha de nacimiento:		Dirección: (si es diferente)	Teléfono de casa #:
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Este paciente está cubierto por el seguro? ¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ocupación:		Empleador:		Dirección del empleado:	Teléfono empleador #:
Por favor, indique seguro primario:					
Nombre del suscriptor:	S. S. # del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	Número de grupo:	Número de póliza:	Co-pago:
Relación del paciente al suscriptor:					
Nombre del seguro secundario (si procede)		Nombre del suscriptor:	S. S. # del suscriptor:	Número de grupo:	Número de póliza:
Relación del paciente al suscriptor:					
Contacto de emergencia:		Relación con el paciente:		Teléfono de casa #:	Teléfono móvil #
La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios del seguro a ser el dolor directamente a Fyzical. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a la empresa Fyzical o seguro para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.					
Paciente / Guardián Firma			Fecha		