**Roland J Domínguez MD PA**

**Registro de Información del Paciente**

Por favor IMPRIMA y LLENE TODAS las secciones inferiores

|  |
| --- |
| Fecha de Hoy:  **Informacion Del Paciente**  ‘s  Nombre:  Apellido Premier Nombre  Fecha de Nacimiento: / / Edad: Sexo: □ Hombre □ Mujer  Teléfono (casa): ( ) Paciente vive con (marque uno): Madre / Padre / Otro  Dirección: Apt.#: Cuidad: Estado: Código Postal:  Etnicidad (marque uno): Hispano / No Hispano Raza (marque uno): Asiático / Africano Americano / Blanco / Otra Raíz  Nombre De la Madre: Fecha de Nacimiento:  Dirección: Cuidad: Estado: Código Postal:  Empleo y Dirección:  Teléfono (Casa): Teléfono (trabajo): Teléfono (celular):  Nombre Del Padre: Fecha de Nacimiento:  Dirección: Cuidad: Estado: Código Postal:  Empleo y Dirección:  Teléfono (Casa): Teléfono (trabajo): Teléfono (celular):  Estado Civil (marque uno): Soltero Casado Divorciado (Si es divorciado cual padre tiene la custodia legal?)    **Informacion del Seguro lllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllllll**  ‘s  Por pavor Presente Tarjetas de Seguro a la Recepcionista  Seguro Primario: # de Grupo: # póliza:  Seguro Secundario: # de Grupo: # póliza:  **Ninos Adicionales**  ‘s  Nombre: Fecha de Nacimiento:  Nombre: Fecha de Nacimiento:  Nombre: Fecha de nacimiento:  **Contacto de Emergencia**  ‘s  Nombre: Teléfono #: Relación al paciente: |

**Consentimiento de Tratamiento Acuerdo Financiero**

Por este medio asigno, transfiero, y pongo a Roland J Domínguez MD PA todos mis derechos, títulos, e intereses en mis beneficios de reembolso medico bajo me póliza de seguro. Autorizo la liberación de información médica alguna para determinar estos beneficios. Esta autorización permanecerá valida hasta que revoque esta notificación por escrito. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos sean o no cubiertos por el seguro. También autorizo la liberación de información privada de la salud a otros proveedores que participan en el cuidado del niño.

Fecha: Firma: