

**Registro:**

Fecha	ID de cuenta	ID de gráfico	Otro ID	Uso interno
-------	--------------	---------------	---------	-------------

**Información del paciente**

Apellido	Primer nombre	Medio	Género	Estado civil	Nacimiento	Edad	# de Seguridad social
Dirección			Teléfono residencial		¿Cómo te enteraste de nosotros?		
Dirección 2			Teléfono del trabajo				
			Teléfono celular				
			Correo electrónico:				
Ciudad	Estado	Código postal	Nombre y dirección del empleador			Ocupación	
Contacto de emergencia		Teléfono	Farmacia			Teléfono	

**Idioma de Preferencia:** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_ **Origen étnico:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_

**Proveedor** \_\_\_\_\_ **Médico de Familia** \_\_\_\_\_ **Médico remitente** \_\_\_\_\_

Seguro Médico	Nombre y dirección	Asegurado	Relación	Copago	Id. de póliza	ID de grupo
1						
2						
3						

**Asegurados/Garantes (Deudor, si es diferente del paciente)**

1 Apellido	Primer nombre	Medio	Género	Estado civil	Fecha de nacimiento	# de seguridad social
Dirección			Hogar:		Teléfono del trabajo	Correo electrónico:
Ciudad	Estado	Código postal	Nombre y dirección del empleador			Ocupación
2. Apellido	Primer nombre	Medio	Género	Estado civil	Nacimiento	# de seguridad social
Dirección			Hogar:		Teléfono del trabajo	Correo electrónico:
Ciudad	Estado	Código postal	Nombre y dirección del empleador			Ocupación

**Contactos aprobados por HIPAA**

1. Apellido	Primer nombre	Medio	Género	Nacimiento	Seguridad social #	Relación	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Hogar:	Celular:	Teléfono del trabajo

¿Tiene seguro de la vista de rutina? Marque: Sí / No - ¿Cómo preferiría que se pusieran en contacto con usted?: \_ Llamada telefónica \_  
Mensaje de texto \_ Correo electrónico \_ Correo

**Origen étnico** \_\_\_\_\_ **Raza** \_\_\_\_\_ **Idioma preferido** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o de la persona autorizada**

Yo, el abajo firmante, doy mi autorización para tratar y asignar directamente a Randall K. Tozer, M.D., P.C., todas las prestaciones médicas, si las hubiere, pagaderas a mí por los servicios prestados. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de todos los cargos aprobados y cubiertos, ya sea que lo pague o no el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros. Entiendo que se espera el pago en el momento del servicio.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del Médico. Autorizo al médico a usar y divulgar mi información de salud con el fin de tratarme, obtener el pago por los servicios prestados y realizar operaciones de atención médica.

<b>Firma</b> <b>X</b>	<b>Fecha de firma</b>	<b>Randall K. Tozer, M.D., P.C.</b> 9811 N. 95th Street, Suite 101 Scottsdale, AZ 85258	Teléfono: 480-947-4493 Correo electrónico:
--------------------------	-----------------------	---	---

**Adjunte todas las tarjetas de identificación del seguro pertinentes para fotocopiarlas.**