REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

OB-GYN ASSOCIATES OF SW KANSAS

DENNIS KNUDSEN, M.D.

222 WEST 15TH ST.

LIBERAL, KS 67901

Telephone: (620) 624-3811

Fecha _____ Teléfono de la Casa (_____) _____ Celular (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ No. de Identif. del Paciente/SS/HIC _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección _____ E-mail _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo ☐ M ☐ F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Menor de Edad
☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Ha vivido con su pareja por__años

Empleador o Escuela del Paciente _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador o Escuela _____ Teléfono del Empleador o Escuela (_____) _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. Seg. Soc. _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (_____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable Empleada por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Compañía de Seguros _____

Contrato No. _____ Grupo No, _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (_____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Suscriptor Empleado por _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Compañía de Seguros _____ No. Seg. Soc. _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros
Dr. _____ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

_____ _____
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal Fecha

_____ _____
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal Relación con el Paciente

#10567 – © 2004 Medical Arts Press® 1-800-328-2179