

DEBBIE A. VIGIL MD
GYNECOLOGY
1692 HOSPITAL DRIVE, BLDG A
SANTA FE, NM 87505

REGISTRO (Por favor, escriba en letra de molde)

Fecha _____ Telefono de la Casa (____) _____ Celular (____) _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

No de Identif. del Paciente/SS/HIC _____

Direccion _____

E-mail _____

Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Casada Viuda Soltera Menor de Edad

Separada Divorciada Ha vivido con su

Pareja por _____ anos

Empleador o Escuela del Paciente _____

Ocupacion _____

Direccion del Empleador o Escuela _____

Telefono del Empleador/Escuela (____) _____

Quien lo refirio a nosotros? _____

Telefono (____) _____

En caso de emergencia, a quien se debera notificar? _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____

Apellido _____

Primer Nombre _____

Inicial _____

Relacion con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

No. Seg. Soc. _____

Direccion (Si es deferente a la del paciente) _____

Telefono (____) _____

Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Persona Responsable Empleada por _____

Ocupacion _____

Direccion del Empleador _____

Telefono del Empleador (____) _____

Compania de Seguros _____

Contrato No. _____

Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

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

SEGURO ADICIONAL

Esta el paciente cubierto por seguro adicional? ()Si ()No

Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____

Relacion con el Paciente _____

Direccion (Si es diferente a la del paciente) _____

Telefono (____) _____

Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Suscriptor Empleado por _____

Telefono del Empleador (____) _____

Compania 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 AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al Dr. Debbie A. Vigil los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serian pagaderos a mi 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 informacion del cuidado de la salud acerca de mi y puede divulgar dicha informacion a la(s) Compania(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 autorizacion terminara cuando el plan de tratamiento actual se complete o un ano despues de la fecha indicada a continuacion.

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

Relacion con el Paciente