

Memorial Physicians, PLLC

Patient Registration

Patient Information

Please use your full name as it appears on your insurance or Medicare Card. No Nicknames.

Apellido _____ Nombre _____ 2o. Nombre _____
Direccion _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal _____
Numero de Telefono _____ Numero de Trabajo _____ Numero de Celular _____ Doctor _____
Fecha de Nacimiento _____ SExo: M F Casado/a Soltero/a Otro # de Seguro Social _____
Patron _____ Nombre de Esposo/a _____
Contacto de Emergencia _____ Numero de Telefono de Emergencia _____

Guarantor (Persona Responsable de Cuenta)

Apellido _____ Nombre _____ 2o. Nombre _____
Direccion _____ Ciudad/ Estado/Codigo Postal _____
Numero de Telefono _____ Numero de Trabajo _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F Casado/a Soltero/a Otro # de Seguro Social _____

Marque aqui si paciente no tiene seguro medica. o tiene que pagar de usted propio. Firma de paciente (o Guarantor Legal):

Insurance Information (COPY CARD(s) FRONT & BACK)

Nombre de su seguro primario _____ Numero de Identificacion _____
Numero de Grupo _____ Relacion al paciente _____ Fecha Efectivo _____
Nombre de persona con poliza _____ Nombre _____ 2o. Nombre _____
Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ # de Telefono _____ Numero de Trabajo _____
Patron _____ Co Pay \$ _____ Necesidad de recomendacion? Y N
Nombre de Seguro Secundario _____ Numero de Identificacion _____
Numero de Grupo _____ Relationship to Patient _____ Effective Date _____
Nombre de persona con poliza _____ Nombre _____ 2o. Nombre _____
Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Numero de Telefono _____ Numero de Trabajo _____
Patron _____ Co Pay \$ _____ Necesidad de recomendacion? Y N

ASIGNACION Y DESCARGO PARA LOS BENEFICIOS DE SU SEGURO MEDICO

Autorizo por la presente que mis beneficios del seguro medico sean pagadas directamente a Medicos del Memorial, PLLC por los servicios ordenados. Tambien autorizo a Medicos del Memorial, PLLC que depart de _____, proveer cual quier informacion requerida para el proceso de este reclamo.

Yo _____, Padre/Madre Guarantor Legal de _____, doy autorizacion para que lo atiendan y le den servicios y tratamiento de emergencia a mi hijo/a si necesario, dad por los medicos. Para que esta autorizacion sea revokada necesitamos un papel escrito.

Yo autorizo a Medicos del Memorial, PLLC o qual quier agencia de coleccion usada por Medicos del Memorial , PLLC para que me contacten por mi celular o mi telefono para discutir actividades tocante mi cuenta o para aser arreglos de pagos.

Firma de Paciente (O Guarantor Legal) Fecha

Firma de Paciente (O Guarantor Legal) Fecha

Firma de Paciente (O Guarantor Legal) Fecha

Firma de Paciente (O Guarantor Legal) Fecha