



Mercado Foot & Ankle Center

Registration Form

(Imprima por favor)

Fecha de Hoy:			
INFORMACION de PACIENTE			
Paciente Apellido :		Primero:	Estado civil (rodea uno) Solter, casado, divorciado, viudo o separado
Edad:	Fecha de Nacimiento:	S.S.#	Telefono de Casa:
Direccion:		Sexo: Masculino o Femenino	Telefono Celular:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Empleador: Direccion:
Ocupacion:	Doctor Familiar:		Direccion:
Telefono:	Telefono:		
Emergencia:	Telefono:		Relacion:
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?			

INFORMACION de SEGURO MEDICO			
Seguro Primario:	# de identificacion :	# de grupo:	
Relacion con paciente: YO MISMO Esposo/a Hijo/a Escriba "lo Mismo" si la persona es el paciente			
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Direccion:	Telefono:
S.S. # del asegurado:			
Ocupacion:	Nombre de Empleador:	Direccion:	Telefono:
Seguro Primario:	# de identificacion :	# de grupo:	

MI FIRMA DEBAJO DE AUTORIZA Y ACEPTA LO SIGUIENTE:

La informacion de encima es verdad segun mi leal saber y entender. No tengo ningun otro seguro aparte de lo que esta indicado. Autorizo que mi seguro pague beneficios directamente al medico. Comprendo que soy financieramente responsable de co pagos, deducibles, el coseguro y cualquier otro servicio de no cobertura para mi persona o mis dependes, cuando los servicios estan rendidos. Yo tambien autorizo Mercado Foot & Ankle Center para dar cualquier information requerida para procesar reclamos. Comprendo que si tengo un seguro medico que requerido un referido que es mi responsabilidad de asegurar que tengo autorizacion apropiada de mi medico premerio del cuidado necesario. Pagos pueden ser hechos a nuestra oficina con una tarjeta valida de visa, mastercard, discover, dinero en efectivo, money order, o cheque (con document de identificacion). Una tarifa de 30,00 serán evaluados a su cuenta por cualquier cheque devuelto y entregado a las cuentas de las colecciones.

FIRMA DE PACIENTE/ GUARDIAN: _____ **FECHA:** _____