

FORMULARIO DE INSCRIPCION PACIENTE

Nombre _____	Número de seguro social: _____
Domicilio _____	Número de licencia: _____
Ciudad _____	Estado _____
Codigo Postal _____	
Número de teléfono _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Edad _____	Fecha de nacimiento _____
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
Contacto de emergencia _____	Número de teléfono _____

ASEGURANZA PRIMARIO

Persona responsable de cuenta _____	
Relación al paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Número de seguro social: _____	
Domicilio _____	Número de teléfono _____
Ciudad _____	Estado _____
Codigo Postal _____	
La persona responsable empleada por _____	Ocupación _____
Dirección comercial _____	Teléfono de negocio _____
Compañía de aseguranza _____	
Número de suscriptor _____	
Tenga por favor su tarjeta disponible ser copiada	

ASEGURANZA ADICIONAL

¿Es cubierto el paciente por seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de seguro social: _____
Nombre de suscriptor _____	Relación al Paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio (si diferente del paciente)) _____		Número de teléfono _____
Ciudad _____	Estado _____	Codigo postal _____
El suscriptor Empleado por _____	Teléfono de negocio _____	
Compañía de aseguranza _____		
Número de suscriptor _____		
Tenga por favor su tarjeta disponible ser copiada		

Yo por la presente asigno a Merced MRI el Grupo Médico esos beneficios de otro modo pagadero a mí por cualquier tercero como reembolso de gastos y honorarios con respecto a tratamiento rendido. Solicito que ese pago de beneficios autorizados es hecho directamente a Merced MRI el Grupo Médico en mi beneficio.

Comprendo completamente que yo soy financieramente responsable de cualquier y todas cantidades de otro modo pagado por mi portador de seguro.

La firma de partido paciente/responsable

Relación

Fecha