

Formulario de registro de pacientes de Family Care Network

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de preferencia: _____ Sexo legal: _____
Dirección: _____ Sexo indicado al nacer (*en caso de ser diferente*): _____
Ciudad, estado y código postal: _____
Teléfono: De la casa: _____ Celular: _____ Del lugar de trabajo: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Opcional:
Pronombres: _____ Identidad de género: _____

GARANTE (persona responsable del pago):

Complete esta sección para los pacientes menores de 18 años. Con excepciones limitadas, todos los pacientes a partir de los 18 años son su propio garante.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____
Empleador: _____

SEGURO PRINCIPAL:

Compañía de seguros: _____ Nro. de id.: _____
Nombre del suscriptor: _____ Nro. de grupo: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____
Nro. de teléfono del suscriptor: _____

SEGURO SECUNDARIO:

Compañía de seguros: _____ Nro. de id.: _____
Nombre del suscriptor: _____ Nro. de grupo: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____
Nro. de teléfono del suscriptor: _____

Si su seguro secundario o el tercer seguro es Medicare, llene el cuestionario de coordinación de beneficios de Medicare.

TERCER SEGURO:

Compañía de seguros: _____ Id. de la persona asegurada: _____
Nombre del suscriptor: _____ Nro. de grupo de la persona asegurada: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____
Nro. de teléfono del suscriptor: _____

Contacto principal del paciente:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Contacto secundario del paciente:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Confirmando que la información de la dirección, el número de teléfono, el garante y el seguro es correcta. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al proveedor de atención médica. Tengo la obligación financiera de cubrir el saldo pendiente. También autorizo al proveedor de atención médica o a la compañía de seguros a divulgar la información necesaria para esta reclamación. MEDICARE: Comprendo que mi proveedor está de acuerdo en aceptar el pago autorizado por Medicare como cargo completo y que yo tengo la obligación de cubrir solamente el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos.

Firma: _____ Fecha: _____
Firma del paciente o del representante legal. Firma solicitada por FCN para facturar.

Nombre en letra de molde: _____