

## Registración de Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Sexo: M / F Casado(a)/Soltero(a)/Divorciado(a)/Viudo(a) Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Telefono de pareja: \_\_\_\_\_  
Etnicidad: \_\_\_\_\_ Lenguaje Preferido \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
# de Telefono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de Empleador:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Direccion de Empleador: \_\_\_\_\_  
Metodo de Contacto Preferido: (Circule Uno) Celular/Numero de Casa/Numero de Trabajo  
# de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Doctor Primario: \_\_\_\_\_  
Doctor que hizo la Referencia: \_\_\_\_\_  
Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

### Persona responsable por la cuenta (completar si es alguien diferente que el paciente)

Nombre del Fiador: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente: ( ) Yo, ( ) Esposo(a) ( ) Padre/Madre Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

### INFORMACION PRIMARIA DE LA ASEGURANZA

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ Numero de I.D. \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
Tenedor de Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  
Seguro Social del Tenedor de Poliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Tenedor de poliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M/F

### INFORMACION SEGUNDA DE LA ASEGURANZA

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ Numero de I.D. \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
Tenedor de Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  
Seguro Social del Tenedor de Poliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Tenedor de poliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M/F

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_  
# de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE LA HISTORIA DE MEDICAMENTO**

Yo autorizo a ENT Partners of Texas a obtener mi historia de medicamento

FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS – LIBERACION DE INFORMACION PARA LA FACTURACION**

Yo autorizo el tratamiento de la persona nombrada arriba y estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas para dicho tratamiento. Yo también autorizo la liberacion de cualquier información médica necesaria para procesar estas reclamaciones. Por la presente autorizo a ENT Partners of Texas a recibir todos los beneficios a los cuales yo o mis dependientes tienen derecho bajo mi plan de suguro medico. Yo estoy de acuerdo que no voy a retener o retrasar el pago si mi compañía de seguros se niega a pagar en cualquiera de mis cargos. El suscrito esta de acuerdo en que si él / ella firma como un agente que él / ella está obligado a pagar por la cuenta.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le proveemos. Usted puede pedir a ver y copiar ese registro. También puede pedir que se corrija ese registro. No vamos a revelar su registro a otros a menos que usted nos indique hacerlo oa menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo. Es posible que vea su registro o obtener más información al respecto poniéndose en contacto con nuestro coordinador de registros medicos o oficial privado. Mi firma reconoce mi recibo de la notificación de prácticas de privacidad de ENT Partners of Texas.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**LA OBSERVACION DEL ESTUDIANTE**

Doy permiso para que un estudiante este presente con el médico durante la cita.  
Por favor marque una de las opciones relativas a su consentimiento.

- \_\_\_\_\_ Yo doy permiso para que un estudiante esté presente con el médico durante mi visita.
- \_\_\_\_\_ Yo rechazo el permiso para que un estudiante esté presente con el médico durante mi visita.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Si usted desea que liberemos sus registros médicos o de facturación a alguien más que a ti mismo, por favor complete la autorización a continuación.  
Yo autorizo a ENT Partners of Texas a liberar mi informacion ( ) medica ( ) facturacion ( ) otro \_\_\_\_\_ a la siguiente persona (s): \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ AUTORIZACION VENCE: \_\_\_\_\_

