



Fecha de Cita _____
 Fecha de Nacimiento _____

Registro de Pacientes

Información del Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Numero de hogar _____ Numero de trabajo _____ Número celular _____ Número de seguro social _____
 () _____ - _____ () _____ - _____ () _____ - _____ _____ - _____ - _____

Género _____ Estado civil: _____
 M ___ F _____ Casado(a) ___ Soltero(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____

Nombre del empleador _____ Dirección del empleador _____

Dirección del empleador _____ Relación _____ Numero de hogar _____ Numero de trabajo _____ Número celular _____
 _____ _____ () _____ - _____ () _____ - _____ () _____ - _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Internet Amigo Médico de la Familia Directorio de Proveedores Otro _____
 A quien podemos agradecer por referirle? _____

Raza:
 _____ Indio Americano o Nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro o afroamericano _____ Hawaiano _____ Blanco
 _____ Se negó a Informar / no declarada _____ Otra de las islas del Pacífico _____ Más de una raza

Origen étnico::
 _____ Hispano o Latino _____ No Hispano o Latino _____ Se negó a Informar

Idioma de Preferencia:
 _____ Inglés _____ Español _____ Italiano _____ Ruso _____ Chino _____ Coreano _____ Japonés _____ Otro _____

Es usted un residente de un: __Centro de enfermería __Facilidad de Rehabilitación __Hospicio Fecha de Admisión: __/__/____
 Si es residente, nombre de la facilidad: _____ Número: () _____ - _____
 Dirección _____

Información de Médico que refiere

Proveedor habitual _____ Teléfono _____ Número de fax _____
 Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Médico que refiere _____ Teléfono _____ Número de fax _____
 Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono _____ Número de fax _____
 Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono _____ Número de fax _____
 Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____

Información del Seguro Primario Medicare Medicaid Seguro de Salud Auto de Pago Compensación al trabajador Ausencia de culpa

Nombre del Asegurado _____ Nombre del seguro _____

Numero de Seguro Social del Asegurado _____ Dirección de Reclamaciones _____

Fecha de Nacimiento del Asegura _____ Ciudad, estado, código postal _____

Relación con el Paciente _____ Número de identificación # _____ Número de grupo # _____

Información del Seguro Secundario Medicare Medicaid Seguro de Salud Auto de Pago Compensación al trabajador Ausencia de culpa

Nombre del Asegurado _____ Nombre del seguro _____

Numero de Seguro Social del Asegurado _____ Dirección de Reclamaciones _____

Fecha de Nacimiento del Asegura _____ Ciudad, estado, código postal _____

Relación con el Paciente _____ Número de identificación # _____ Número de grupo # _____

Información del Seguro Terciario Medicare Medicaid Seguro de Salud Auto de Pago Compensación al trabajador Ausencia de culpa

Nombre del Asegurado _____ Nombre del seguro _____

Numero de Seguro Social del Asegurado _____ Dirección de Reclamaciones _____

Fecha de Nacimiento del Asegura _____ Ciudad, estado, código postal _____

Relación con el Paciente _____ Número de identificación # _____ Número de grupo # _____

Información de Garante

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____

Numero de hogar _____ Numero de trabajo _____ Número celular _____ Número de seguro social _____

Nombre del empleador _____ Dirección del empleador _____

Relación al Paciente _____

Reconocimiento de responsabilidad financiera

Por la presente autorizo a Advanced Urology Centers of New York, una división de Integrated Medical Professionals, para liberar a todas las empresas de seguros o los transportistas cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones de seguros. Yo certifico que yo, y / o mi dependiente (s), tiene cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente a Advanced Urology Centers of New York una división de Integrated Medical Professionals todos los beneficios del seguro, si cualquier, de lo contrario pagadero a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean pagados o no pagados por el seguro.

Firma del paciente o una firma autorizada
(Si es mayor de 18 años de edad)Nombre completo del paciente o una firma autorizada
(if patient is under 18 years of age)

Fecha _____

Información de Farmacia

Nombre de Farmacia _____ Teléfono _____ Número de fax _____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____