

# Registracion de Pacientes

## Santosh K. Garg MD

Habla Ingles  Si  No - Lenguaje de Preferencia: \_\_\_\_\_

"A Professional Medical Corporation"

Tel: (626) 962-8122 • Fax: (626) 962-8408

### Informacion de Paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenina  Masculino Seguro Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### Informacion de Garante o Persona Responsable

Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relacion con Paciente:  Mismo  Conyugo  Hijo/a  Otro \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

# de Tel. de Garante: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ # Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Occupacion: \_\_\_\_\_

### Informacion de Aseguranza

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Relacion al Segurado: \_\_\_\_\_

Direccion de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Aseguranza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Informacion de Aseguranza Secundario: \_\_\_\_\_ Relacion al Segurado: \_\_\_\_\_

Direccion de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Aseguranza: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

### Informacion para Contacto de Emergencia

Nombre De Contacto Principal: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

# de Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Autorizacion de Tratamiento

El firmante autoriza a cualquier Doctor en residencia a desempeñar y administrar cualquier examinacion, todo tratamiento y pruebas diagnosticas las cuales permitan determinar y recomendar el cuidado necesario del paciente ahora o durante el curso de su tratamiento. Toda informacion del paciente sera confidencial. Yo (el firmante) sere completamente responsable de cualquier cargo que ocurra durante el curso de mi tratamiento.

### Liberacion de Informacion

Autorizo liberar mi informacion medica a Santosh K. Garg, MD en que puede ser necesario reclamar con mi compania de aseguranza. Tambien beneficios para los servicios por Santosh K Garg, MD, en que son pagados a mi que sean pagados a Santosh K Garg, MD. Yo tambien autorizo a Santosh K. Garg, MD a obtener con esta firma cualquier documento medico de cualquier hospital o instituto que ellos necesiten por el proposito de arreglar alguna demanda con alguna aseguransa, incluyendo Health Care Financing Administration (Medicare)

### Pago de los Servicios Proporcionados

Soy responsable por pagar cualquier balance que no este cubierto por mi aseguranza. Copia de este documento es valido como original. El paciente que no recibe beneficios de Medicare. Autorizo la divulgacion de toda la informacion medica necesaria para tramitar esta reclamacion y la que sea pertinente para mi atencion medica. Asigno todos los beneficios medicos y/o quirurgicos, incluidos los beneficios mayores medicos a los que tengo derecho, a Santosh K. Garg, MD. Esta asignacion permanecera en vigor asta que yo mismo lo revoke por escrito. Las fotocopias de esta asignacion se consideracion tan validas como el original.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Relacion a Paciente:  Mismo  Otro \_\_\_\_\_