

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 _____