



**1215 S Coulter Street
Amarillo, TX 79106**

PLANILLA DE INSCRIPCION

(letra de molde solamente)

Fecha:				Medico Primario:							
PATIENT INFORMATION											
Apellido del Paciente:		Nombre:		Inicial:		Sr. Sra.	Srta.	Estado Civil:			
								Soltero Casado Div Sep Viudo			
Es este su Nombre Legal?	Si no, cual es su Nombre Legal?		(Otro Nombre):			Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo:		
Si	No									M F	
Direccion Actual:				No. de Seguro Social:			No. de Telefono:				
							()				
No. de Caja Postal:		Ciudad:			Estado:		Codigo Postal:				
Direccion de correo electronico:				No. del Celular:			No. de telefono de su trabajo:				
				()			()				
Ocupacion:		Empleado por:				No. de telefono de su Empleador:					
						()					
Referido por? Por favor marque la caja correspondiente:				Dr.			Plan de Seguro Medico		Hospital		
Familia	Amigos	Por estar cerca de su casa o trabajo		Directorio Telefonico		Otro					
Tiene otros miembros de su familia en nuestro grupo medico?											

INFORMACION DE SEGURO MEDICO								
(Por favor dele la tarjeta de Seguro Medico a la secretaria al frente.)								
Persona Responsable del pago medico?		Fecha de Nacimiento:		Direccion (si es diferente de la anterior)		Numero de Telefono		
						()		
Esta esa persona presente.		Si	No					
Ocupacion:	Empleado por:	Direccion de su Trabajo:				Numero de telefono de su trabajo:		
						()		
El paciente esta cubierto por Seguro Medico?		Si	No					
Cual es su Seguro Medico Principal o Primario		Aetna		Blue Cross	First Care		United	IMS
Humana	Medicare	GEHA		Medicaid (Please provide card)		Otro		
Nombre del Asegurado:		No. del Seguro Social del Asegurado:		Fecha de Nacimiento:	Numero del Group de su Seguro Medico:	Numero de Poliza de su Seguro Medico:	\$	
Cual es su relacion familiar con el paciente?		Usted Mismo	Esposa	Hijo o Hija	Otro			
Nombre de su Seguro Medico Secundario:		Nombre de la persona en este Seguro Medico Secundario:			Numero de grupo de su Seguro Medico:		Numero de Poliza de su Seguro Medico	
Relacion familiar con el paciente:		Usted Mismo	Esposa	Hijo o Hija	Otro			

INFORMACION ADICIONAL

Nombre de su Farmacia Preferida: Direccion: Ciudad:	Nombre de otra farmacia para ordenar por correo:: Direccion: Ciudad:
---	--

Farmacia para ordenar por Correo:	Medco	Caremark	Express Scripts	Other:
-----------------------------------	-------	----------	-----------------	--------

Tenemos el Portar de Pacientes a traves del correo electronico donde puede ver sus laboratorios. Decea ser parte de nuestro Portal.	Si	No
---	----	----

Por ley necesitamos saber a que raza pertenece. Diganos como quiere ser registrado:	Americano o Nativo de Alaska	Asiatico	Negro o Africano Americano	Blanco	Latino
---	------------------------------	----------	----------------------------	--------	--------

Reuso a contestar:	Nativo de Hawai		Otro
--------------------	-----------------	--	------

Tiene necesidad de ayuda especial?

--

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un Amigo o Familiar que No viva en su misma direccion:	Relacion con el paciente:	No. de telefono: ()	No. de telefono del trabajo: ()
--	---------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Toda la informacion anterior es verdadera. Yo autorizo a mi compania de seguro medico a pagar directament al doctor. Yo entiendo y estoy de acuerdo que soy el responsable financiero por el balance de mi cuenta. Yo autorizo Amarillo Medical Specialists, LLP, a mi Doctor y a mi Compania de Seguro Medico a compartir information requerida para procesar mi caso y mis cuentas financieras.

Firma del Paciente o Guardian

Fecha