



1215 S Coulter Street (Main Office)
1900 S Coulter Street (Neurology/Gyn)
Amarillo, TX 79106

PLANILLA DE INSCRIPCION

(letra de molde solamente)

Fecha:		Medico Primario:								
INFORMACION DEL PACIENTE										
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(<i>muestre su carta</i>)			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 o Esposo	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		

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
usted 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