



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:								
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>												
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?												

<b>INFORMACION DE SEGURO MEDICO</b>											
(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*