



Personal Physicians

Listening and caring, one patient at a time

Shishir Jain, MD Manish Desai, DO Sheeja Jain, MD Tamika Hobson, PA-C Norma Kraft MD

FORMULARIO DE REGISTRACION 2018 *TODA LA INFORMACION DEBE LLENARSE POR COMPLETO-IMPRIMA*

Prefirió a Proveedor: Dr. Sheeja Jain Dr. Norma Kraft Dr. Manish Desai Dr. Shishir Jain Dr. Shishir Jain Tamika Hobson, PA

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primer) _____ (Inicial Segundo) _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Correo Electrónico: _____

El Teléfono alterno: _____ ¿Si es teléfono celular, permitido dejar mensajes? Si No Sexo: Femenino Masculino Trans

¿Cómo se enteró usted de nosotros? Periódico Zoc Doc Proveedor Tarjeta postal Empleado Hospital Familia o amigo

Empleo: tiempo completo tiempo parcial desempleado independiente Jubilado militar activo estudiante a tiempo completo estudiante a tiempo parcial Estado Civil: Soltera/o Casado/a Divorciados/o Separado/a Viuda/viudo

Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguro Social: ____-____-____

Raza: Indio Americano o Alaska Nativo Nativo Asia Blanco Negro o Anicano Hawaiano Otro Isleños del Pacifico Disminucion

Etnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Disminucion Idioma: Ingles Español Otro _____

PARTE RESPONSABLE DE INFORMACION (INFORMACION UTILIZADA PARA DELARACIONES DE BALANCE DEL PACIENTE)

Parte Responsable: Otro Responsable Mismo **Marque aqui si la información es la misma que del paciente**

Nombre de la persona responsable: (Apellido) _____ (Primer) _____ (Inicial Segundo) _____

Numero de Seguro Social: ____-____-____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

USTED TIENE SEGURANCAS? SI (COMPLETE SECCION ABAJO) NO (LA SER-PAGA)

INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO (PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCION)

Compañía de seguro: _____ Numero de teléfono: _____

La relación del paciente al suscriptor: Auto Cónyuge Niño Padre Guardián Otro _____

Numero de póliza del suscriptor: _____ Grupo de ID: _____ Copago: \$ _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO (PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCION)

Compañía de seguro: _____ Numero de teléfono: _____

La relación del paciente al suscriptor: Auto Cónyuge Niño Padre Guardián Otro _____

Numero de póliza del suscriptor: _____ Grupo de ID: _____ Copago: \$ _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo o pariente locales (no viviendo en misma dirección): _____ La relación al paciente: _____ El teléfono en casa: _____ El teléfono alterno: _____

La información antes mencionada es verdad según mi leal saber y entender. Autorizo mi seguro que beneficios son pagados directamente al médico. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Yo también autorizo a Médicos o compañía de seguros Personales a soltar cualquier información requirió a procesar mis reclamos. **Yo también comprendo que si mi cuenta llega a ser delincuente y es mandada a colecciones habrá un 25-30% de honorario conseguir acceso a en el saldo de cuenta.**

La Firma del paciente/Guardián: _____

Fecha: _____

Office Staff Initials, After Processing _____