



EL PASO EAR, NOSE & THROAT, P.L.L.C.

CGN

5959 Gateway West Ste.160 El Paso, Texas 79925

(915) 779-5866

REGISTRO DE PACIENTE

PACIENTE

Nombre:

Segundo Nombre:

Apellido:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Numero de Seguro Social:

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Otro:

DATOS DEMOGRAFICOS

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Zona Postal:

Número de Teléfono:

Correo Electronico:

PERSONA RESPONSABLE

Nombre:

Dirección:

Fecha De Nacimiento:

Número de Seguro Social:

Número de Teléfono:

Relación al Paciente: _____

INFORMACION DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Aseguranza: _____

Tipo de Póliza: HMO PPO OTRO: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha De Nacimiento Del Suscriptor: _____

Seguro Social del Suscriptor: _____

SEGURO SEECUNDARIO

Nombre de Aseguranza: _____

Tipo de Póliza: HMO PPO OTRO: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha De Nacimiento Del Suscriptor: _____

Seguro Social del Suscriptor: _____

DOCTOR(A) REFERENTE: _____

NUEVA PÓLIZA DE SEGURO:

Si tiene nueva aseguranza, proporciónenos la información. Es muy importante que nos mantenga actualizados con la información correcta de su aseguranza.Si no tenemos la informacion correcta de su aseguranza e incurre en un saldo, se le facturara como pago propio.

FIRMA: _____

FECHA: _____