

Centro de Endoscopia de North Shore

101 S. Waukegan Road, Ste 980
Lake Bluff, 60044 Numero de Telefono 847-604-8700

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES

ESCRIBA EN TINTA AZUL O NEGRA LLENE TODAS LAS SECCIONES Y LLEVE ESTE FORMULARIO, SUS TARJETAS DE SEGURO Y SU FOTO DE IDENTIFICACIÓN CON USTED

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE (Apellidos) _____ (Nombre) _____ (Initial Seg. Nombre) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado _____ Código postal _____

Tel. Fijo _____ Móvil _____ SEXO: HOMBRE MUJER

Nacim. ____/____/____ EDAD: ____ NUMERO DE SEG. SOCIAL (ENTERO O ULTIMOS CUATRO DIGITOS) ____-____-____

Correo Electronico: _____ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Empleador: _____ Profesión: _____ Tel. trabajo _____ Ext. _____

*MEDICO(S) PRINCIPAL(ES) _____ Tel. _____ Fax _____

*CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Tel. _____
Nombre Relacion

SEGURO PRINCIPAL: _____ Id. _____ Grupo _____

TITULAR DE PÓLIZA (si es diferente de usted) CONYUGE PADRE OTRO: _____

Nombre _____ Nacim. ____/____/____ Seguro Social ____-____-____

Dirección _____ Telefono _____ CASA MOVIL TRABAJO

SEGURO SECUNDARIO: _____ Id. _____ Grupo _____

TITULAR DE PÓLIZA (si es diferente de usted) CONYUGE PADRE OTRO: _____

Nombre _____ Nacim. ____/____/____ Seguro Social ____-____-____

Dirección _____ Telefono _____ CASA MOVIL TRABAJO

VOLUNTADES ANTICIPADAS: ¿Tiene un testamento vital o voluntades anticipadas? () Sí () No

¿Desea información sobre testamntos vitales o voluntades anticipadas? () Si () No

Folleto proporcionado por: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente, asigno los beneficios que se pagarán, en mi nombre, al Centro de Endoscopia de North Shore por los servicios que se me presten. Entiendo y acepto ser financieramente responsable de todos los costos, estén o no cubiertos por el seguro o por otros terceros pagadores. En caso de incumplimiento, me comprometo a pagar todos los gastos de cobro y los honorarios razonables de los abogados.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo al Centro de Endoscopia de North Shore a divulgar todo o parte de mi historial médico cuando sea necesario para presentar cualquier reclamación de seguro para el pago de los servicios prestados por el centro. El centro, sus agentes, trabajadores y empleados que me presten sus servicios quedan exentos de cualquier responsabilidad de cualquier naturaleza que pueda surgir de la divulgación de dicha información.

ACUERDO DE DIVULGACIÓN: He sido informado de que el médico que preste los servicios puede tener un interés de propiedad en el Centro de Endoscopia de North Shore. Se me ha ofrecido la opción de realizar el tratamiento en otro centro, lo cual he rechazado. Elijo realizar el tratamiento en el Centro de Endoscopia de North Shore.

PUEDE RECIBIR HASTA 2 COPIAS SEPARADAS: una del Centro de Endoscopia de North Shore para los GASTOS DEL CENTRO, y otra de la oficina de su médico para los HONORARIOS PROFESIONALES, los GASTOS DE ANESTESIA, y/o si su médico solicita que se realice alguna prueba de LABORATORIO o PATOLOGÍA para las muestras obtenidas durante su visita al centro.

Acepto que se considere como original la fotocopia de este acuerdo. Certifico con mi firma que he leído lo anterior y que entiendo completamente los términos especificados en el mismo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____