

**Registro de información del paciente.  
IMPRIMA toda la información**

N.º DE CUENTA DEL PACIENTE

FECHA

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N.º DE TELÉFONO RESIDENCIAL	N.º DE TELÉFONO LABORAL	N.º DE TELÉFONO CELULAR O ALTERNATIVO		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:				
GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	¿ALGUNA VEZ FUE PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO?
OCUPACIÓN		EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO				
NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)			FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE	
CONDICIÓN DE ESTUDIANTE A tiempo completo A tiempo parcial No soy estudiante	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	

<b>PERSONA ENCARGADA DEL PAGO QUE NO SEA EL PACIENTE</b>			
NOMBRE		PARENTESCO	
DIRECCIÓN			
OCUPACIÓN	EMPLEADOR	TELÉFONO	
DIRECCIÓN		N.º DE TELÉFONO LABORAL	

**INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA**

<i>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO</i>		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
N.º DE MEDICARE	N.º DE MEDICAID	

<i>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO</i>		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	

**Asignación de beneficios:**

Por el presente, asigno y autorizo a mi compañía de seguro, incluido Medicare, otros seguros patrocinados por el gobierno de los cuales puedo recibir cobertura o todos los pagadores comerciales a realizar pagos en mi nombre directamente a Anne Arundel Dermatology. También asigno cualquier beneficio de Medigap que se deba pagar directamente a mi proveedor. Permiso el uso de una copia de esta autorización en lugar del original.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*Se pueden aplicar cargos por no presentarse o cancelar sin previo aviso. Inicio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ \*\*\*

¿Cómo se enteró de Anne Arundel Dermatology, P.A.?

Radio  Sitio web de seguros  Revista  Búsqueda de Google  Redes sociales  Familiar/amigo  Referencia de un médico  Otro: \_\_\_\_\_