REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO:_____

DIRECCIÓN:_____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

NÚMEROS DE CONTACTO:
TELÉFONO DE LA CASA: _____CELULAR: _____TRABAJO: _____

E-MAIL DIRECCIÓN: _____

EN CASO DE EMERGENCIA:
NOMBRE: _____ TELÉFONO:_____ RELACIÓN: _____

ELEGIBILIDAD

JUBILADOS: ☐ SI SI SI, USTED ES UN JUBILADO Teamsters? ☐ SI ☐ NO

☐ NO LISTA SI NO, POR FAVOR SEGURO DE INFORMACIÓN DE ABAJO

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIA

☐ WHF PLAN

☐ SEGURO (Por favor complete toda la información abajo):

NOMBRE DEL ASEGURADO:_____ RELACION CON EL PACIENTE:_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL:_____TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR:_____ TRABAJO #: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ TELÉFONO: _____ GRUPO #:_____

DIRECCIÓN: _____CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

****

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

☐ WHF PLAN

☐ SEGURO (Por favor complete toda la información abajo):

NOMBRE DEL ASEGURADO:_____ RELACION CON EL PACIENTE:_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL:_____TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR:_____ TRABAJO #: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ TELÉFONO: _____ GRUPO #:_____

DIRECCIÓN: _____CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

X_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR **FECHA**