

MAZIN KHATEEB, M.D.

2311 North Mesa, #C

El Paso, TX 79902

Telephone: (915) 545-1101

REGISTRO(POR FAVOR, ESCRIBA
EN LETRA DE IMPRENTA)

Fecha _____

Teléfono Personal _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTENombre _____ No. Seg. Soc. _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Paciente Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud? _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono _____

SEGURO PRINCIPALPersona Responsable por la Cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. Seg. Soc. _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable Empleada por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

Compañía de Seguros _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No

Nombre del Suscriptor _____ Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Suscriptor Empleado por _____ Teléfono del Empleador _____

Compañía de Seguros _____ No. Seg. Soc. _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓNYo, el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

Firma de la Persona Responsable

Relación

Fecha