

**REGISTRO**

(Por Favor, Escriba En Letra De Molde)

Pagina 1 de 2

**BETH LATINO HEALTH INSTITUTE / ITZAMNA MEDICAL CENTER**  
**359 SECOND AVENUE**  
**NEW YORK, NY 10010**  
**212-420-9225**

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Informacion Sobre El Paciente**

Apellido _____	Primer Nombre _____	No. de Identif. del Paciente/SS/HIC _____
Dirección _____		E-mail _____
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Sexo    M    F	Edad _____	Fecha de Nacimiento _____
Empleador o Escuela del Paciente _____		Casado(a)    Viudo(s)    Menor de Edad
Dirección del Empleador o Escuela _____		Soltero(a)    Separado(a)    Divorciado(a)
En caso de emergencia, a quien se deberá notificar? _____		Ha vivido con su pareja por _____ años
Quien lo refirió nosotros? _____		Ocupación _____
		Teléfono del Empleador o Escuela _____
		Teléfono del Emergencia _____

**Seguro Principal**

Persona Responsable por la Cuenta	
Apellido _____	Primer Nombre _____
Dirección (si es diferente a la del paciente) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código Postal _____	
Persona Responsable Empleada por _____	
Dirección del Empleador _____	
Compañía de Seguros _____	
Contrato No. _____	Grupo No. _____
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____	
_____	
Relación con el Paciente _____	
Fecha de Nacimiento _____	
No. Seg. Soc. _____	
Teléfono _____	
Ocupación _____	
Teléfono del Empleador _____	
Suscriptor No. _____	

**Seguro Adicional**

Esta el paciente cubierto por seguro adicional?    Si    No	
Nombre del Suscriptor _____	Fecha de Nacimiento _____
Dirección (si es diferente a la del paciente) _____	Relación con el Paciente _____
Ciudad _____	Estado _____
Código Postal _____	
Suscriptor Empleando por _____	No. Seg. Soc. _____
Compañía de Seguros _____	Teléfono _____
Contrato No. _____	Teléfono de Empleador _____
Grupo No. _____	Suscriptor No. _____
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____	
_____	

**REGISTRO**

(Por Favor, Escriba En Letra De Molde)

**BETH ISRAEL LATINO HEALTH INSTITUTE / ITZAMNA MEDICAL CENTER  
359 SECOND AVENUE  
NEW YORK, NY 10010  
212-420-9225**

**Traspaso de los Beneficios del Seguro y Autorización para la Divulgación de Información**

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serian pagaderos a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrando anteriormente puede usar la informacion del cuidado de la salud acerca de mi y puede divulgar dicha informacion a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente ya sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminara cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde el nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_