



## FORMA DE REGISTRACION PARA EL PACIENTE

**Corona Urgent Care**

Ph# (951) 549-0900

Fax# (951) 278-8552

1820 Fullerton Ave., Suite 140

Corona, CA 92881

**Chino Urgent Care**

Ph# (909) 613-0100

Fax# (909) 613-0600

12555 Central Ave., Suite C

Chino, CA 91710

Fecha: \_\_\_\_\_

Nuevo

Cambio

Pacientes: Parfavor de llenar completa y regresar u la recepcionista. Gracias

| I. INFORMACION DEL PACIENTE  |   |                               |               |
|--|---|-------------------------------|---------------|
| Nombre De Paciente (Apellido, Primero)   | Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | F.D.N.: / /                   |               |
| Direccion  | Ciudad  | Estado                        | Codigo Postal |
| Telefono de Casa #: ( )  | Licencia de Manejar #:                                      |                               |               |
| Cellular #: ( )  | Seguro Social #: -- --                                      |                               |               |
| Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado                               |   | Referido Por::                |               |
| Empresario del Paciente:   |   | Telefono del Negocio #: ( )   |               |
| Direccion del Empresario:  | Ciudad  | Estado                        | Codigo Postal |
| Nombre Para Contacto De Emergencia:  |   | Telefono De Emergencia #: ( ) |               |
| II. INFORMACION DEL RESPONSABLE  |   |                               |               |
| <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Otro  |   |                               |               |
| Nombre:  | FDN.: / /   | Telefono #: ( )               |               |
| Empresario:  | Ciudad  | Estado                        | Codigo Postal |
| Relacion al Pacient:   | Licencia de Manejar #:                                      | Seguro Socia #: -- --         |               |
| III. INFORMACION DE SEGURO DE SALUD  |   |                               |               |
| Nombre de Compania de Seguro:  |   | Nombre de Asegurado:          |               |
| Direcion de Reclamacion:   | Ciudad  | Estado                        | Codigo Postal |
| F.D.N.: / /  | Seguro Socia #: -- --                                       | Relacion al Paciente:         |               |
| Grupo #:   | Poliza #:   | Telefono #: ( )               | Pago \$:      |
| Portador de Seguro Secundario:   |   | Nombre de Asegurado:          |               |
| Direcion de Reclamacion:   | Ciudad  | Estado                        | Codigo Postal |
| F.D.N.: / /  | Seguro Socia #: -- --                                       | Relacion al Paciente:         |               |
| Grupo #:   | Poliza #:   | Telefono #: ( )               | Pago \$:      |
| Es Esta Visita Debido A: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Lesion De Trabajo <input type="checkbox"/> Otra Cosa  |   |                               |               |
| Detalles del Accidente o' Lesion::   |   |                               |               |
|  |   |                               |               |
| Como se pagaria tu servicio hoy? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito <input type="checkbox"/> Cobrar al Seguro |   |                               |               |

**CONSENTIMIENTO:** Yo por estas acepto y autorizo la administracion de todo diagnostico y tratamiento que puede ser considerado aconsejable o necesario en el juicio del medico atendiendo. Yo por estas autorizo al medico que suelte cualquier informacion obtenida en el curso de mi examen o' tratamiento.

**Initial:** \_\_\_\_\_

**GARANTIA:** Yo, (el paciente o' guardian) soy un miembro elegible desde esta fecha de servicio de un plan de salud y una copia de la tarjeta de beneficios esta pegada con este documento. Firma de grupo responsable abajo reconose completa responsabilidad financiero por los servicios rendiros a mi si es determinado que "No Soy Elegible" en la fecha de servicio en cuestion, o si el servicio rendiro es determinado a no tener beneficios cubiertos bajo el plan provision.

**Initial:** \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Yo por estas irrevocables autorizo pago directo a la corporacion/medico monbrado arriba, beneficios de otra manera pagados a mi pero que no exceder la corporacion/medico cargo regular debido como resultado de este reclamo. Yo entiendo que soy financieramente responsable a la corporacion/medico por los cargos no cubiertos.

**Initial:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_

Staff Initial: