



925 Clifton Avenue, Suite 100  
 Clifton, New Jersey 07013  
 P: (973) 798-6900  
 F: (973) 405-6435  
 affiliatedendo.com

### REGISTRO DE PACIENTES

Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta.	Fecha de Nacimiento: / /
Dirección del Paciente:		Teléfono (C): ( )		Teléfono (C): ( )	
Correo Electrónico:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Seguro Social:	Edad del Paciente;	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		

Empleador del Paciente:	Dirección del Empleador:	Teléfono del Empleador: ( )
Ocupación del Paciente:	Médico Primario:	Médico Que Lo Refirió (si es diferente):

Esposos o Familiar más cercano:	Dirección:	Teléfono: ( )	Relación:
---------------------------------	------------	------------------	-----------

Persona Responsable:	Dirección:	Seguro social:	Relación:
Dirección y Empleo:		Teléfono(C): ( )	Teléfono(T): ( )

### SEGURO

Seguro Primario:	Suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /
Dirección:		
ID del seguro:	Grupo #:	Plan #:

Seguro secundario:	Suscriptor name:	Fecha de nacimiento: / /
Dirección:		
ID del seguro:	Grupo #:	Plan #:

Yo autorizo que la facilidad y el anesthesiólogo liberen cualquier información para con respecto a los servicios rendidos por ellos y permito una fotocopia de mi firma para ser utilizada para archivar el seguro. Autorizo también el pago directo para los beneficios debidos por servicios rendidos a mí por la facilidad y el anesthesiólogo sean hecho directamente a ellos a pesar de mis beneficios del seguro. Las fotocopias de esta autorización serán consideradas efectivas y válidas como la original. Entiendo que soy financieramente responsable para los honorarios por los servicios rendidos. Recibí y leí la lista de derechos al pacientes.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha