

REGISTRO

RESPIRATORY CONSULTANTS OF HOUSTON

Por favor, escriba en letra de molde

SMITH TOWER

6550 Fannin St., Suite 2403 Houston, Texas 77030

Teléfono: (713) 790-6250 Fax (713) 793-1538

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre _____ F.D.N. _____ Sex M F
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre, Inicial _____
 Dirección _____ Apt _____ Tel Casa (____) _____
 Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Celular (____) _____
 Casado Separado Viudo Divorciado Soltero Menor Soc.Sec. # _____
 Pareja _____ años correo-e _____ @ _____
 Empleador/Escuela de Pte. _____ Retirado Ocupación _____
 Dirección Trab/Escuela _____ Tel Tr/Es (____) _____
 ¿Quién lo refirió a nosotros? Doctor Abogado Paciente Compañía | Nombre: _____
 En emergencia llamar _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Nombre de Asegurado _____ FDN _____ Soc.Sec. # _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre, Inicial _____
 Relación a paciente _____ FDN _____ Soc.Sec. # _____
 Nombre de Seguro Principal _____ Tel de Se (____) _____
 No. membresía _____ Grupo _____ Fecha de Inicio _____
 Dirección de Asegurado _____ Teléfono (____) _____
 Ciudad _____ ES _____ CP _____ Ocupación _____
 Empleador de asegurado _____ Tel Trab. (____) _____

SEGURO SECUNDARIO

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de Asegurado _____ FDN _____ Farmacia _____
 Nombre de Seguro Secundario _____ Teléfono (____) _____
 No. membresía _____ Grupo _____ Fax (____) _____
 Tel de Seguro (____) _____ Fecha de inicio _____ Dirección _____
 Ciudad _____ ES _____ CP _____

SEGURO TERCERO

Nombre de Asegurado _____ FDN _____
 Nombre de Tercer Seguro _____ Insur. Tel (____) _____
 No. membresía _____ Grupo _____ Fecha de Inicio _____

AUTORIZACIÓN

Effective August 1, 2000, House Bill 610 (Prompt Pay Law) became effective. To be in compliance with this law, it is mandatory that we verify patient health insurance information

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with _____ and assign directly to
Name of Insurance Company(ies)

Dr. _____ all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions.

The above-named physician may use my health care information and may disclose such information to the above-named Insurance Company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services.

 Firma de Paciente, Padre, Guardian o Representante Personal FECHA

 Por favor escriba el nombre del Paciente, Padre, Guardian o Representante Personal Relación al Paciente