



205 N. Phoenix Rd, Suite 325, Phoenix, OR 97535  
Teléfono: 541-690-1525 | Teléfono: 541-690-1527 | Murphycreekwellness.com

### Actualización de registro (escriba claramente)

#### La actualización del paciente se aplica a:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida y ubicación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: Celular / Casa / Trabajo

¿Recordatorios de citas? Sí/No

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

#### **Parte responsable, si el paciente es menor de edad:**

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Misma dirección del paciente? Sí/No

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Misma dirección del paciente? Sí/No

#### **Información del seguro:**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Subscriptor: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Subscriptor: \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Autorizo el tratamiento de la persona nombrada anteriormente y acepto la responsabilidad financiera por todo el tratamiento proporcionado. Autorizo a Murphy Creek Wellness a proporcionar a mis compañías de seguros toda la información necesaria para procesar reclamos de seguros y asignar pagos a Murphy Creek Wellness todos los beneficios de seguro que se me deben en la medida de mi obligación financiera. Se considerará que una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. He leído y entiendo todo lo anterior.

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