



NORTHERN Obstetrics & Gynecology

a department of Northern Regional Hospital

510 S. South Street Mount Airy, NC 27030

Teléfono (336) 786-4622

Fax (336) 789-3025

FORMULARIO DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

ORM: PATIENT REGISTRATION FORM

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial de su Segundo Nombre _____
 (Sr) (Srta.) (Dr.) (Casada)(Soltera)(Viuda) (Divorciada) (Separada) _____
 Prefijo _____ (Estado Civil (Marque uno) _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Nro. de Seguro Social _____
 (Marque uno)
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____
 Número de teléfono Principal _____ (Casa) (Celular) (Marque uno) _____
 Número de teléfono Secundario: _____ (Casa) (Celular) (Marque uno) _____
 Médico que la refirió: _____ Médico de Familia: _____
 Correo Electrónico: _____
 _____ (Marque) Niego dar mi dirección de correo electrónico
 Farmacia de preferencia: _____
 Ciudad de su farmacia: _____

Idioma: _____
Raza: _____
Etnia: _____

Comunicación preferida: (Marque uno) _____	Teléfono: (Marque uno) (casa) (Trabajo) (Celular) _____
(Texto) (Portal del Paciente) (Fax) (Correo Electrónico) (Correo Regular) _____	

Nombre de su Patrón: _____ Número de Teléfono de su Patrón: _____
 Persona de Contacto en caso de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Compañía Primaria de Seguros: _____ Nombre del Asegurado: _____
 Parentesco con el Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____
 Compañía Secundario de Seguros: _____ Nombre del Asegurado: _____
 Parentesco con el Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

Si el paciente tiene menos de 18 años de edad, por favor provea la siguiente información:
 Persona responsable del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Parentesco: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo autorizo a mi médico o a mi compañía de seguros para que divulguen cualquier información que sea necesaria para procesar mi reclamo. También, autorizo para que mis beneficios de seguros se paguen directamente a mi médico. Yo entiendo que la facturación que se hace a mi compañía de seguros es un acto de cortesía por el personal de la oficina y es mi responsabilidad financiera de pagar el total de los gastos que no cubra mi compañía de seguros como los copagos, deducibles y otros gastos no cubiertos por dicha compañía. Los copagos se deben pagar en el momento del servicio.

Es posible que reciba una factura por separado de Northern Hospital of Surry County por laboratorios obtenidos en esta oficina, y recibirá un descuento si las facturas del laboratorio son pagadas por completo en el día del servicio. La factura que recibe en el momento que paga es un estimado del precio total. El precio total se determinará una vez que la factura se haya completado.

Es posible que se le cobre \$50.00 si Usted falta a su cita programada.
Yo he sido informado de mis derechos y responsabilidades.

ORM: PATIENT REGISTRATION FORM
Firma: _____ Fecha: _____