

## San Diego Perinatal Center

7910 Frost Street, Suite 220, San Diego, CA 92123 Phone: 858.966.6710 Fax: 858.966.6711

### FORMA de REGISTRO

Imprime por favor claramente

#### PACIENTE INFORMACIÓN

Primer Nombre	Nombre del Medio	Apellido	Estado Civil Conocido		
Dirección Casera	Ciudad	Estado	Código Postal		
Teléfono Casero	Número Del Fax Casero	Número Del Móvil	Correo Electronico (Opcional)		
La Fecha del Nacimiento	Número del Seguro Social	Numero del Licencian Conductores	Tarjeta de Identificación (Requirió)		
Empleador de Paciente	Ocupación	Numero del Empleador			
Dirección del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal		
Esposo/Socio/Otro Significativo/ Contacto En Caso de Emergencia		La Relación Conocida a Paciente			
Diriga, Si Diferente De Arriba	Ciudad	Estado	Codiga Postal	Teléfono Casero	Numero del Empleador
Refiriéndose médico	Dirección	Teléfono			

#### PRIMARIO INFORMACIÓN DEL SEGURO

Persona Responsable De Cuenta					
Primer Nombre	Nombre del Medio	Apellido	La Relación Conocida a Paciente		
La Fecha del Nacimiento	Número del Seguro Social	Número del Licencian Conductores			
Diriga, Si Diferente De Arriba	Ciudad	Estado	Codiga Postal	Teléfono Casero	Numero de Empleador
Empleador De Persona Responsable	Dirección del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal	
Numero del Empleador	Ocupación				
Seguro Campaña	Tipo del Seguro (HMO, PPO, POS, EPO, Otro)				
Contracto #	Grupo #	Subscriber #			

#### ASIGNACIÓN Y LANZAMIENTO

Yo, el infrascrito certifico que yo (o mi dependiente) tengo (tiene) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro Compañía

Y asigne directamente a **San Diego Perinatal Center** todos las ventajas de seguro, si las hay, si no pagadero a mí para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos cargo si o no pagado por mi seguro. Yo autorice por este medio **San Diego Perinatal Center** a lanzamiento toda la información necesaria para asegurar el pago de ventajas. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

\_\_\_\_\_ Firma de la Persona Responsable                      \_\_\_\_\_ Relación                      \_\_\_\_\_ Fecha

\*\* Por favor complete este formulario completo, si es posible. Esta información se utilizará no sólo para la información de registro, sino también para pacientes con fines de facturación y check-in. Muchas gracias por su tiempo. \*\*

#### OFICINA USO

Copy of Insurance card attached     Authorization for services required & attached     Verified intake and registration data is correct for billing     Form complete, dated & signed  
 Processed by: \_\_\_\_\_