



# 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: \_\_\_\_\_