



Rancho Sierra Medical Group, Inc.
Post Office Box 2368
Mammoth Lakes, CA 93546

phone 760.934.3424
toll free 800.959.RSMG (7764)
fax 760.934.3425

www.rsmghealth.com

Mammoth Lakes
 San Diego

REGISTRO DE PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

INFORMACION DEL PACIENTE	Nombre del Paciente: _____	_____	_____	_____	_____
		APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	Fecha de Nacimiento: _____	_____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
		MES.	DIA	AÑO	EDAD
	Dirección de Casa: _____	_____	_____	_____	_____
		CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
	Teléfono de Casa: _____	Ocupación: _____	Referido por: _____		
	Empleador: _____		Teléfono de Trabajo: _____		
Dirección de Trabajo: _____	_____	_____	_____	_____	
	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
En caso de emergencia, por favor notifique: _____	Relación: _____	Teléfono: _____			

INFORMACION DE ESPOSO/ PERSONA RESPONSABLE	Nombre del Cónyuge: _____	_____	_____	_____	_____
					NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	Empleador del Cónyuge: _____	Ocupación: _____			
	Dirección de Trabajo: _____	_____	_____	_____	Teléfono de Trabajo: _____
		CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
	Persona Responsable: _____	_____	_____	_____	_____
		APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	Dirección: _____	_____	_____	_____	Teléfono de Casa: _____
	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
Empleador: _____	Ocupación: _____				
Dirección de Trabajo: _____	_____	_____	_____	_____	
	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
Teléfono de Trabajo: _____					

INFORMACION DEL SEGURO	Seguro Privado				
	(1) Compañía: _____	No. de Grupo: _____			
	Dirección: _____	No. de Certificado: _____			
			CALLE		
			CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
	(1) Compañía: _____	No. de Grupo: _____			
	Dirección: _____	No. de Certificado: _____			
			CALLE		
		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
				Nombre del Asegurado: _____	

AUTORIZACION:

Doy consentimiento a cualquier tratamiento medico/examen físico que sea requerido para mi o para el menor mencionado por el cual yo soy legalmente responsable.

ASSIGNACION:

Doy mi permiso para el pago de los beneficios por los servicios recibidos directamente a la oficina del doctor.

Comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, esten o no esten cubiertos por la compañía de seguro.

ARCHIVOS MEDICOS:

Por este medio se autoriza que se divulgue cualquier información que sea necesaria para el procesamiento de esta reclamación. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Mientras haya alguna reclamación pendiente, usted recibirá estados de cuenta de manera periódica si su cuenta no ha sido pagada en su totalidad.

Nosotros no podemos aceptar la responsabilidad para el cobro de su reclamación de seguro o por hacer negociaciones para el arreglo de una reclamación que esté en disputa.

Firma: _____ Fecha: _____