



FORMULARIO DE INSCRIPCION

CARROLL: (502) 732-1082
GALLATIN: (859) 567-1591
OWEN: (502) 484-2117
Salud Mental(502) 484-2595
Clinica Dental(502)484-5888

INFORMACION del PACIENTE

Form with fields: Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Numero de Seguro Social, Fecha de Nacimiento, Direccion, Ciudad/Estado, Telefono de Casa, Telefono Celular, Direccion de Correo Electronico, Metodo de Contacto Preferido, Identificate, Orientation Sexual, Raza, Etnicidad, Preferido Idioma, Estado Civil, Eres un Vagabundo, Eres un Excombatiente, Entiendes Ingles, Trabajador Migratorio/Dependiente, Farmacia Nombre, Farmacia Ubicacion/ Numero de telefono, Persona Responsable/ Nombre del Tutor, Persona Responsable/Tutor Telefono.

INFORMACION DEL SEGURO (Por favor dele su tarjeta de seguro medico y una identificacion personal ID a la recepcionista)

Form with fields: Compania de Seguros Nombre, Poliza No, Grupo No, Copago, Subscriber Nombre, Subscriber SSN, Relacion, Persona responsable de la factura, Fecha de nacimiento, Direccion si fuera diferente de la de arriba.

EN CASO DE EMERGENCIA

Form with fields: Nombre de un Amigo Local o Familiar (que no vivan en el mismo sitio), Relacion con el paciente, Telefono No.

Confirmo que la informacion que se presenta arriba es cierta. Yo, autorizo a mi seguro a pagar directamente al medico y a Triad Health Systems, Inc. y/o mi Seguro Compania a dar la informacion que sea necesaria para proceder en mis reclamaciones. Yo entiendo que yo soy financieramente reponsable de cualquier balance de dinero.

Paciente/Representante legal/Tutor Firma:

Fecha: