

PATIENT REGISTRATION
(TO BE FILLED IN COMPLETELY – PLEASE PRINT)

MESA VERDE MEDICAL GROUP

PATIENT INFORMATION

FULL NAME _____ DATE OF BIRTH _____ AGE _____

SEX--- M / F ---MARITAL STATUS----S-M-W-D----WINTER VISITOR----Y / N----SOCIAL SECURITY # _____

LOCAL ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

PERMANENT ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

HOME PHONE # _____ WORK PHONE # _____ OTHER PHONE # _____

EMPLOYER _____ ADDRESS _____ PHONE # _____

IN AN EMERGENCY CONTACT _____ RELATIONSHIP _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ PHONE # _____

RESPONSIBLE PARTY

FULL NAME _____ RELATIONSHIP _____ SOCIAL SECURITY # _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

EMPLOYER _____ PHONE # _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

PRIMARY INSURANCE CARRIER _____ HMO / PPO / OTHER?----CO-PAYMENT \$ _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

GROUP NUMBER _____ ID / POLICY NUMBER _____

NAME OF POLICY HOLDER _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

SECONDARY INSURANCE CARRIER _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

GROUP NUMBER _____ ID / POLICY NUMBER _____

NAME OF POLICY HOLDER _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION, ASSIGNMENT OF BENEFITS AND PAYMENT OF ACCOUNT

I authorize Mesa Verde Medical Group P.C., to release medical information for insurance purposes concerning treatment of the above patient while under their care. I assign my rights to benefits of insurance plans to Mesa Verde Medical Group P.C., and I agree to pay any fees not covered by insurance. If collection proceedings are required, I agree to pay reasonable collection fees. I also authorize my hospital records to be released to Mesa Verde Medical Group P.C.

SIGNATURE

DATE

REGISTRO DE PACIENTE
(FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE-----EN PRINTA)

MESA VERDE MEDICAL GROUP

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

SEXO---M / F---ESTADO CIVIL---S---C---V---D---# DEL SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION LOCAL COMPLETA _____

DE TELEFONO _____ # DE TELEFONO---TRABAJO _____ ALGUN OTRO # DE TELEFONO _____

PATRON _____ DIRECCION _____ # DE TELEFONO _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A _____ RELACION _____

DIRECCION COMPLETA _____ # DE TELEFONO _____

PERSONA RESPONSIBLE

NOMBRE COMPLETO _____ RELACION _____ # DE L SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION COMPLETA _____ # DE TELEFONO _____

PATRON _____ DIRECCION _____ # DE TELEFONO _____

INFORMACION DE ASEGURANZA MEDICA

ASEGURANZA PRIMARIA _____ HMO---PPO---PAGO PARCIAL \$ _____

DIRECCION COMPLETA _____

NUMERO DE GRUPO _____ IDENTIFICACION / NUMERO DE POLIZA _____

NUMBRE DEL POSEEDOR DE POLIZA _____ RELACION AL PACIENTE _____

ASEGURANZA SECUND _____

DIRECCION COMPLETA _____

NUMERO DE GRUPO _____ IDENTIFICACION / NUMERO DE POLIZA _____

NUMBRE DEL POSEEDOR DE POLIZA _____ RELACION AL PACIENTE _____

AUTORICACION PARA DAR INFORMACION MEDICA, Y DESIGNACION DE BENEFICIOS Y PAGOS DE CUENTA

Yo autorizo a Mesa Verde Medical Group P.C., a dar mis dato medicos mientras este bajo sus cuidados medicos con el objetivo de varificar el tratamiento medico para la aseguranza. Yo asigno todos mis beneficios de mi plan de aseguranza a Mesa Verde Medical Group P.C., y Yo estoy de acuerdo en pagar costos incurridos si no son cubiertos por mi aseguranza. Yo estoy de acuerdo en pagar cuentas incurridas si una agencia de colecciones es utilizada, siempre y cuando las cuentas sean razonables. Finalmente Yo autorizo que mis expendientes hospitalarios sean mandados a Mesa Verde Medical Group P.C.

FIRMA

FECHA