NewGen Hearing Centers
Dr. Joseph K. Durán

REGISTRACIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____ S. Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad: _____

Dirección: _____ Apt#_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telf. Casa: _____ #Telf. Celular: _____ # Telf. Trabajo/Otro:_____

e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Yo Autorizo a revelar mi información médica personal a: _____

_____

FAVOR DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI EL PACIENTE ES UN MENOR (menos de 18 años)

Persona Responsable: _____
Relación: __Madre __ Padre ___ Tutor Telf. (si es diferente): _____

Nombre de su Médico de Cabecera: _____ **# de Teléfono**_____

Quien lo refirió a nuestra oficina?

- Soy Paciente Existente
- Medico
- Pase caminando
- Pase con mi Auto
- Seguro
- Paciente/Amigo/Familia
- Internet
  - Google local
  - Google Internacional
  - Otro
- Boletín de la Iglesia
- Otra forma _____

PARA PODER PASAR LA CUENTA A SU SEGURO, LO SIGUIENTE TIENE QUE ESTAR FIRMADO POR USTED_"Yo aquí asigno todos los beneficios de mi seguro a los cuales estoy autorizado, incluyendo Medicare, Medicad. Seguros privados y/o cualquier otro plan de seguro a NGHC. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta ser revocada por mí por escrito. Comprendo que soy financiablemente responsable por todos los cargos, ya sean o no pagados por dicho seguro. Yo aquí autorizo al asignado a revelar toda la información necesaria para asegurar pago de dicha cuenta**.**

X_____ _____

Firma del Paciente/Padres/Guardián Fecha

Yo autorizo a NGHC a que me envié información sobre los productos o servicios que ellos ofrecen. No habrá ninguna remuneración con esta oferta. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. **Iníciales** X _____

RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD - ACEPTACIÓN POR ESCRITO
Yo he tenido la oportunidad de ver una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de NGHC.

X_____ _____

Firma del Paciente/Padres/Guardián Fecha