



REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

NÚMEROS DE CONTACTO:

TELÉFONO DE LA CASA: _____ CELULAR: _____ TRABAJO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN: _____

ELEGIBILIDAD

JUBILADOS: SI SI SI, USTED ES UN JUBILADO Teamsters? SI NO

NO LISTA SI NO, POR FAVOR SEGURO DE INFORMACIÓN DE ABAJO

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIA

WHF PLAN

SEGURO (Por favor complete toda la información abajo):

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ TRABAJO #: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ TELÉFONO: _____ GRUPO #: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

WHF PLAN

SEGURO (Por favor complete toda la información abajo):

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ TRABAJO #: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ TELÉFONO: _____ GRUPO #: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR

FECHA