



2540 N Galloway
Suite 205
Mesquite, TX 75150

Teléfono: (214) 962-4863
Fax: 214-306-0041
www.advancedgastrodoc.com

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PACIENTES

Fecha: _____ Médico de atención primaria _____

Información del paciente. Ingrese el nombre tal como aparece en su tarjeta de seguridad.

Nombre (Apellido) _____ Primer _____ MI _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Número de seguro social: _____ Licencia de conducir _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Correo electrónico: _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____ Trabajo _____

Método de contacto preferido: _____

¿Podemos dejar un mensaje detallado en su contestador automático o correo de voz? _____

Empleador _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono del trabajo _____

Información de su seguridad

Seguro Primario _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Número de identificación de la póliza _____ Número de grupo _____

Teléfono de su seguro _____ Dirección _____

Seguro secundario _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Número de identificación de la póliza _____ Número de grupo _____

Ins Teléfono _____ Dirección postal _____

Yo presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, para incluir mayor o medical a lo que tengo derecho, incluido Medicare, y otros programas patrocinados por el gobierno, seguro privado y cualquier otro plan de salud a Advanced Gastroenterology of Texas PLLC. Este formulario permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta formulario debe considerarse válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por mi seguro. Por la presente autorizo a Advanced Gastroenterology of Texas PLLC a divulgar toda la información para asegurar el pago.

Firma del paciente o tutor legal