



GASTROINTESTINAL & LIVER CONSULTANTS

FORMA DE REGISTRACION

Fecha de hoy	Doctor de Referencia	Doctor de Cabecera
INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente (apellido, nombre):	Fecha de nacimiento:	Estado civil:
		Soltero / Casado / Separado / Divorciado / Viudo
Género:	Numero de Celular:	Teléfono de la casa:
☐ M ☐ F		
Idioma preferido:		
Inglés / Español / Otros: _____		
Dirección:		No. de Seguridad Social:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
CONTACTO DE EMERGENCIA		
Nombre de un amigo o familiar local:	Relación con el paciente:	Número de teléfono:
INFORMACIÓN DE FARMACIA		
Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Cuidad:	Estado:	Código Postal:
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A FAMILIARES/AMIGOS U OTRAS PERSONAS		
<i>Autorizo a GILC a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento, incluidos los resultados de laboratorio, las radiografías y los registros médicos, a las siguientes personas / entidades (la oficina no puede divulgar información o registros a las entidades de los nombres de las personas a menos que usted las identifique aquí):</i>		
☐ N/A – No aplicable		
Nombre completo	Relación con el paciente	
1.		
2.		
AUTORIZACIÓN PARA PAGAR		
La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Gastrointestinal and Liver Consultants . Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo, copago y deducible. También autorizo a Gastrointestinal and Liver Consultants o a la compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.		
Firma Del Paciente o Del Representante del Paciente		Fecha