



NEW HORIZON DIABETES CLINIC PATIENT REGISTRATION

Fecha _____ Doctor que Refirió _____ Medico Primario _____

Apellido _____ **Primer Nombre** _____ **Segundo Nombre Inicial** _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social. # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Hombre _____ Mujer _____ Tel Casa# _____ Se pueden dejar mensajes SI NO

Idioma de preferencia Ingles Español Otro Celular # _____ Se pueden dejar mensajes SI NO

Estado Civil: Casado Soltero Viudo **Nombre del Esposo** _____

Dirección de Correo E-mail _____

Farmacia que usa _____ Teléfono _____

Dirección de la Farmacia _____

Raza	Americano India o Alaska Nativo Nativo Hawaiano u otro Islas del Pacifico Asiático	Negro o Africano Americano Blanco No responde	Etnia	Hispano o Latino No Hispano o Latino No responde
-------------	--	---	--------------	--

Información de la Parte Responsable si es diferente a el paciente

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Contacto de Emergencia y Autorización para divulgar Información

Nombre _____ **Relación** _____ **Teléfono** _____ **Información de Facturación SI NO**

Tiene Seguro SI NO Seguro Primario SI NO Seguro Secundario SI NO

Información del Seguro

Compañía de Seguro _____ Póliza # _____ Grupo _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Relación con el paciente _____

Yo autorizo a NHDC para divulgar información de mi cuidado o tratamiento a mi seguro de salud, también autorizo a NHDC cobrar por los servicios prestados. Yo entiendo que soy responsable por cualquier balance que no sea pagado por el seguro de salud.

NHDC monitorea las citas perdidas (no canceladas). **No llego a su cita / cancelo tarde**, se define como faltar a una cita sin cancelar al menos 24 horas antes de la hora programada. Habrá un cargo por una cita perdida o no cancelada. El seguro no cubrirá los cargos por gastos de cancelación tarde o llegar tarde a la cita. **El cargo de \$ 50 dólares** se le adicionara a cualquier otro cargo que pueda haber incurrido. No se darán reembolsos. Las citas perdidas continuas pueden dar lugar a NHDC para que le envíe una carta le da el alta de nuestra práctica.

Firma del paciente o persona autorizada para firmar por el paciente

Fecha