

NORTHEAST BAPTIST SURGERY CENTER
Información Adicional Del Registro

Date: _____ Physician: _____

Time of Arrival: _____ (Time to Pre-Op) _____

Paciente Info:

Nombre Paciente: _____

Dirección Paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono # _____ Número de Seguridad Social: _____

DOB: _____

Patrón Paciente: _____ Ocupación: _____

Dirección Del Patrón: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ PH# _____

Seguro Primario: (La persona que lleva el seguro)

Nombre del seguro: _____

Número de la póliza de seguro: _____ Número de grupo del seguro: _____

Nombre de los asegurados: _____

Aseguró a patrón: _____

Dirección del patrón: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____

Seguro secundario:

Nombre del seguro: _____

Número de la póliza de seguro: _____ Número de grupo del seguro: _____