



17110 Dallas Parkway Ste 105
Dallas Tx 75248

2701 S Hampton Ste 202
Dallas Tx 75201

Formulario De Registro Del Paciente

(Por favor, escribe el letra de molde o legiblemente)

Apellido: _____ Nombre: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Direccion Postal: _____ Nro De Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Por favor, marque el numero de telefono principal preferido:

☐ Casa: _____ ☐ Trabajo: _____ ☐ Movil: _____

Correro Electronico: _____ Idioma Preferido: _____

Estado Civil: _____ Raza/Etnia: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____

Numero Principl: _____ Numero Secundario: _____

Médico Principal: _____ Numero de Telefono: _____

Medico que refiere: _____ Numero de Telefono: _____

Ve a algun otro especialista? De ser asi, indique la informacion de contacto: _____

Nombre del Empleador: _____ Ocupacion: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Al momento del servicio se debe presentar la(s) tarjeta (s) del seguro o comprobante de seguro.

Seguro Primario: _____ Numero de poliza: _____

Numero de grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Asegurado: _____ Relacion: _____



**17110 Dallas Parkway Ste 105
Dallas Tx 75248**

**2701 S Hampton Ste 202
Dallas Tx 75201**

Formulario De Consentimiento del Paciente

Consentimiento general para atención y el tratamiento

Al Paciente: Como paciente usted tiene el derecho a que se le recomiende usar un procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico para que pueda tomar la decisión de someterse a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer el riesgo y los peligros implicados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición identificada. El consentimiento seguirá siendo efectivo hasta que se revoque por escrito.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de carácter permanente incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado tratamiento; Y (2) consiente el tratamiento en esta consultorio o cualquier otro consultorio satélite bajo propiedad conjunta. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con el médico sobre el propósito, los beneficios y riesgos potenciales de cualquier prueba que se le pida. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su profesional de la salud, le animamos a hacer preguntas. Usted tiene el derecho de des