

**Plaza Medical Centre**

700 N Pearl St, Suite N208  
Dallas, TX 75201  
Tel: (214) 999-9355

**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101  
Dallas, TX 75224  
Tel: (214) 330-9221

**REGISTRO DE PACIENTE**

Información del paciente				
Nombre		Apellido		Segundo nombre
Dirección		Apto.	Ciudad	Estado
Número de teléfono	Telefono Residencial	Telefono de Trabajo		Telefono Celular
Algun otro nombre		Correo electronico		
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social	Nº De Licencia para Conducir	Ocupacion	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja Domestica	Preferred Contact <input type="checkbox"/> Telefono Residencial <input type="checkbox"/> Telefono Trabajo <input type="checkbox"/> Telefono Celular <input type="checkbox"/> Telefono Otro	Idioma Preferida <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Indios Americanos, o Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negros/Afroamericanos <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro	
Como supo usted de nuestra Clinica?				
Parte Responsable (Garante) <input type="checkbox"/> Igual que paciente				
Nombre		Apellido		Segundo nombre
Dirección		Apto.	Ciudad	Estado
Número de teléfono	Telefono Residencial	Telefono de Trabajo		Telefono Celular
Número de seguro social	Relacion con Paciente	Nº De Licencia para Conducir	Idioma Preferida	
Contacto de Emergencia				
Nombre		Apellido		Segundo nombre
Dirección		Apto.	Ciudad	Estado
Número de teléfono	Telefono Residencial	Telefono de Trabajo		Telefono Celular
Yo/Nosotros autorizamos y consentimos la realizacion de todos los tratamientos, cirugias y servicios medicos recomendados por los medicos y personal de Griego Family Medical Centre para mi o el menor anteriormente mencionado del cual yo soy el padre, madre o tutor legal. Certifico que, a mi entender, todas las declaraciones contenidas son verdaderas. Yo entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios medicos para mi y para mi cargo independientemente de la cobertura del seguro, excluyendo solo servicios cubiertos autorizados bajo un contrato HMO prepagado. Yo ademas acepto pagar interes legal, costos de recoleccion, y los honorarios de los abogados que se incurran para recolectar cualquier cantidad que yo deba. Yo tambien autorizo mi grupo medico afiliado con Griego Family Medical Centre a que entregue informacion solicitada por la compania de seguros y/o sus representantes. Comprendo perfectamente que este acuerdo y el consentimiento continuaran hasta que sean revocados por mi por escrito.				
Firma del Paciente/Parte Responsable			Fecha	
Nombre del Paciente/Parte Responsable			Relacion con Paciente	