

ROY D AYALON, M.D
Obstetrics & Gynecology

Please fill out completely (PRINT)

Use letra de Molde

REGISTRATION FORM			
Last Name /Apellido	First Name / Nombre	Middle Initial	Circle One : Single/Married/Divorced/Widowed

DOB/ Fecha De Nacimiento / /			
Street Address / Dirección		Email:	
City / Ciudad Postal	State / Estado	Zip/Código	Home Phone/ Teléfono () -
Social Security / Seguro Social		Mobile Phone / Celular () -	
Employer 's Name And Address: Occupation/Ocupación		Employer Phone Number/ Trabajo () -	
Referred By : Dr _____ or Circle One Below/ Referido Por: _____ Circle Uno			
Family/Friend Walk in Yellow Pages Insurance Plan Internet Other			

INSURANCE INFORMATION		
Please Indicate Primary Insurance: Seguro Médico Circle Uno		
Aetna Blue Cross BlueShield Care first Health Net Medi-Cal Medicare Motion Picture		
United Healthcare Other: _____		
Primary Insured Name If Not Patient	DOB of Primary Insured	SSN of Primary Insured
Relationship to Patient?Relación Con El Paciente?		
Address of Primary Insured if Different from Patient:/Dirección del Asegurado si es diferente al paciente		
City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código Postal
EMERGENCY CONTACT INFORMATION/ EN CASO DE EMERGENCIA		
Name / Nombre		Relationship to Patient/ Relación Con el Paciente:
Home Phone/ Teléfono () -	Work Phone/ Trabajo () -	Mobile Phone/Celular () -

PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THEIR INSURANCE CO-PAYMENT PRIOR TO LEAVING THE OFFICE. THERE WILL BE A \$25 FEE FOR ANY RETURN CHECKS. The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits to be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any remaining balance. I also authorize Roy D Ayalon, M.D. or insurance company to release any information required to process my claims.

EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE PAGAR SU PORCION DE LA ASEGURANZA AL TERMINAR LA CONSULTA. HABRA UN COBRO DE \$25.00 POR CHEQUES SIN FONDOS. La información proveida en esta forma es verdadera. Autorizo a mi seguro médico hacer pagos directos al doctor. Yo entiendo que soy responsable financieramente de cualquier balance. También autorizo al Dr. Roy D Ayalon y/o a mi compañía de seguro médico de solicitar y de proveer información médica para procesar el pago.

Patient/ Guardian Signature / Firma Del Paciente	Date / Fecha
--	--------------