

UNM MEDICAL GROUP, INC.
Patient Registration Form
Center for Life
4700 Jefferson NE, Suite 100
Albuquerque, New Mexico, 87109
Phone: 505-925-7464 Fax: 505-925-4539

PATIENT INFORMATION	
Patient's Name (Last, First, MI) _____	DOB: _____
Address: _____ Religious Preference: _____	
City: _____	State: _____ Zip: _____ Phone: _____
Patient's SSN: _____ Sex: M F Race: _____	
Patient's Marital Status: _____ If Married, Name of Spouse: _____	
Patient's Employment Status: _____ Occupation: _____	
Employer Name: _____ Employer Phone: _____	
Employer Address: _____	
PARENT / GUARDIAN (IF PATIENT IS A MINOR)	
Name: _____ Relationship: _____	
Address: _____	
City: _____	State: _____ Zip: _____ Phone: _____
NEXT OF KIN / EMERGENCY CONTACT INFORMATION	
Next of Kin: _____ Relationship: _____	
Address: _____	
City: _____	State: _____ Zip: _____ Phone: _____
REFERRING PHYSICIAN	
Physician Name: _____ Phone/Fax: _____	
Address: _____	
INSURANCE INFORMATION	
Is patient covered under Medicare/Medicaid? Yes / No <small>(Please circle)</small> If yes, Medicare/Medicaid #: _____	
Is patient covered under Insurance? Yes / No <small>(Please circle)</small> If yes, please provide the following:	
Insured's Name: _____ Insured's DOB: _____	
Insured's SSN: _____ Relationship to Patient: _____	
Insurance Company: _____ Phone: _____	
Address: _____	
Group #: _____ Policy #: _____ Authorization #: _____	
Insured's Employer: _____ Occupation: _____	
Employer Address: _____	
City: _____ State: _____ Zip: _____ Telephone: _____	

Authorization

I hereby authorize UNM Medical Group, Inc. to release any information acquired in the course of my evaluation to the insurance company. I understand I have the right to examine and copy the information disclosed. I authorize payment directly to UNM Medical Group, Inc. for the medical benefits, if any otherwise payable to me for the services rendered not to exceed the reasonable and customary charges for those services. I acknowledge that I am legally responsible for all charged in connection with the medical care and treatment provided by representatives of UNM Medical Group, Inc. I understand my insurance carrier may not approve or reimburse my medical services in full due to usual and customary rates, benefit exclusions, coverage limits, lack of authorization, or medical necessity. I understand that I am responsible for fees not paid in full, co-payments, policy deductibles and co-insurance except where my liability is limited by contract or State or Federal law.

Signature: _____ Date: _____

UNM MEDICAL GROUP, INC.
Patient Registration Form
Center for Life
4700 Jefferson NE, Suite 100
Albuquerque, New Mexico, 87109
Phone: 505-925-7464 Fax: 505-925-4539

Información de Paciente:	
Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Preferencia Religiosa: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Teléfono: _____
Seguro Social de Paciente: _____	Sexo: M F Lugar de Nacimiento: _____
Estado Civil: _____	Nombre de Esposo(a): _____
Estado de empleo del paciente: _____	Ocupación: _____
Patrón de Paciente: _____	Teléfono del Patrón: _____
Dirección del Patrón: _____	

PADRE / GUARDA (Si El Paciente es un Menor de Edad)	
Nombre de Padre/Guarda: _____	Relación: _____
Dirección: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Teléfono: _____

Información de Contacto para Emergencia/Familia:	
Nombre: _____	Relación: _____
Dirección: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Teléfono: _____

REFERRING PHYSICIAN	
Nombre del Medico: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	

Información de Aseguranza:	
¿Tiene el paciente Medicare y/o Medicaid? Sí / No Número de Medicare/Medicaid: _____	
Esta asegurado(a)? Sí / No Por favor proveer la siguiente información:	
Nombre del Asegurado(a): _____	Fecha de Nacimiento: _____
Número de Social Asegurado(a): _____	Relación del Paciente: _____
Nombre de Aseguranza: _____	Número de Teléfono: _____
Dirección: _____	
Grupo #: _____	Poliza de Seguro #: _____
Autorización#: _____	
Nombre de Patrón: _____	OccUNMMGcion: _____
Dirección del Patrón: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Teléfono del Patron: _____

Autorización

Estoy autorizando a University Physicians Associates (UNMMG) para divulgar la información obtenida en el transcurso de mi evaluación necesaria para asuntos de aseguranza. Comprendo que también tengo derecho a examinar y obtener una copia de la información divulgada.

Firma: _____ Fecha: _____

Estoy autorizando pago directo a University Physicians Associates (UNMMG) por los beneficios médicos, si acaso hay algún servicio que sea pagable a mi, no debe exceder los cobros razonables de costumbre por los mismos.

Firma: _____ Fecha: _____