



Personal Physicians

Listening and caring, one patient at a time

Shishir Jain MD, Manish Desai DO, Sheeja Jain MD, Juan Huerta, FNP-C, Mukundini S Mehta MD FACOG.

EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (2026) DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD - POR FAVOR IMPRIMA			
REGISTRACION DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	
Apellido del paciente:		Primer: _____ Inicial _____	
Dirección:		Ciudad/Estado :	Código Postal:
Teléfono Celular:		¿Se le puede dejar mensaje? SI ____ No ____	
CORREO ELECTRONICO:			Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Trans ☐
TRABAJA: ☐ tiempo completo ☐ tiempo parcial ☐ JUBILADO ☐ independiente ☐ militar activo ☐ estudiante		Estado Civil: ☐ Soltera/o ☐ Casado/a ☐ Divorciados/o ☐ Separado/a ☐ Viuda/viudo	
Nombre de compañía: (Trabajo):			
Teléfono de su Trabajo:		Numero de Seguro:	
Raza: ☐ Indio Americano ☐ Alaska Nativo ☐ Nativo Asia ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Hispano			
Étnico: ☐ Hispano ☐ No Hispano ☐ disminución		Idioma: ☐ Ingles ☐ español ☐ Otro _____	
Nombre de quien tiene la Aseguranza:		Cell#:	
Numero de Seguro Social: ____-____-____		Fecha De Nacimiento: ____/____/____	
¿TIENE ASEGURANSA?: SI ____ NO ____		HMO ____ PPO ____ TARJETA MEDICA ____	
NOMBRE DE ASEGURANSA:		No Aseguranza: Tiene que PAGAR el mismo día.	
# DE POLICÍA:		# DE GRUPO:	
DIRECTION:		Teléfono:	
Copago:		Pague ala hora de su cita :	
Fecha Efectiva:			
PRESENTE SU TARJETAS DE ASEGURANSA A LA RECEPCIONISTA CADA VISITA		SE REQUIERE TODO PAGOS AL TIEMPO DE SU SERVICIO	
NOMBRE DE PHARMACIA Y DIRECCIÓN:		TEL:	CUIDAD:
La información antes mencionada es verdad según mi leal saber y entender. Autorizo mi seguro que beneficios son pagados directamente al médico. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Yo también autorizo a Médicos o compañía de seguros Personales a soltar cualquier información requirió a procesar mis reclamos. Yo también comprendo que si mi cuenta llega a ser delincuente y es mandada a colecciones habrá un 25-30% de honorario conseguir acceso a en el saldo de cuenta.			
La Firma del paciente/Guardián:			Fecha:

Office Staff Initials, After Processing _____