

FAVOR DE IMPRIMIR CLARAMENTE **INFORMACIÓN del PACIENTE**

FECHA _____

Nombre del Paciente _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Apellido de Soltera _____

Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Día () _____ Teléfono de Tarde () _____ # de Celular () _____

Ocupación _____

de Seguro Social _____ # de Licencia _____

Empleado _____ # de Telefono () _____ Puede Recibir Llamadas? _____

Domicilio del Trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Nombre del Esposo/Responsable Persona _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleado _____ # de Seguro Social _____

Domicilio del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

de Telefono () _____ Ocupacion _____

Quien la Recomendo _____ Domicilio _____

Primario

Seguro Medico Si No Nombre del Segure Medico _____

Asegurado _____ # de Identificacion _____ # de Grupo _____

Secundario

Seguro Medico Si No Nombre del Segure Medico _____

Asegurado _____ # de Identificacion _____ # de Grupo _____

Contacto de Emergencia _____ Telefono por el Dia () _____

(Que No Sea Esposo)

Domicilio _____

ASIGNACION de BENEFICIOS

Estoy asignando los beneficios medicos a que yo tengo derechos, incluyendo los beneficios cirurjicos y beneficios medicos que me pertenesen a mi. Estoy autorisando que todos los beneficios de planes medicos, privados o de planes medicos sean pagados a los doctores de WOMEN'S HEALTHCARE PHYSICIANS. Esta asignacion quedara en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Una copia fotostatica es considerado como si fuera una original. Tengo entendido que yo soy responsable por todos los cargos medicos, sean o no cubiertos por el seguro medico.

Doy mi autorisacion para que se puedan dar los datos necesarios para que el seguro pague los gastos medicos.

Firma _____ Fecha _____

FIRMA INDEFINIDA PARA MEDICARE EN SU EXPEDIENTE

Yo, el paciente, doy consentimiento para que medicare le page a mi doctor. Yo autorizo cualquier informacion medica que sea necesaria para cualquier informacion medica que sea necesaria para mi calificacion incluyendo pagos.

Firma _____ Fecha _____