

Gracias por elegir a OB/GYN Associates! **Por favor use letra de molde.** Toda la informacion sera confidencial.

PACIENTE

Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad, Estado, Postal _____
Telefono (____) _____ Celular (____) _____
Fecha de nacimiento _____ M ____ H ____
[]Soltera []Casada []Divorciada []Viuda []Separada
de Seguro Social _____
Empleo _____
Domicilio de Empleo _____
Ciudad, Estado, Postal _____
Telefono de Empleo (____) _____
de licencia _____ Estado _____
Persona en caso de emergencia _____
Relacion _____ Tele. (____) _____
Domicilio de Email _____

Aseguranza Primaria

Nombre de aseguranza _____
Domicilio de aseguranza _____
Cuidad, Estado, Postal _____
Telefono (____) _____
Nombre del asegurado(a) _____
Empleo del asegurado(a) _____
de Poliza _____ # de Grupo _____
Paciente, su relacion con el asegurado(a) _____
Asegurado(a): Hombre ____ Mujer ____
Asegurado(a) fecha de nacimiento _____
Fecha que la aseguranza fue efectiva _____
Deducible \$ _____ Pro-seguro _____ % o Pre-pago \$ _____

Yo autorizo y doy permiso de cualquier informacion tocante a mi salud, consulta y tratamiento dado con el proposito de evaluar y administrarse el reclamo de los beneficios del seguro medico. Yo autorizo que el pago del seguro llege directamente al el medico que de otra manera llegaria a mi. Tambien estoy de acuerdo que sere responsable por pagar mi cuenta, no importando el pago o la denegacion de pago de mi compania de aseguranza, incluyendo los cobros suponiendo no son cubiertos.

Firma _____ Fecha _____ # de Cuenta _____

PERSONA RESPONSABLE (si no es la paciente)

Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad, Estado, Postal _____
Telefono (____) _____ Celular (____) _____
Fecha de nacimiento _____ M ____ H ____
Su relacion con la paciente _____
de Seguro Social _____
Empleo _____
Domicilio de Empleo _____
Ciudad, Estado, Postal _____
Telefono de Empleo (____) _____
Aquein le damos las gracias por referirla aqui?

Estudiante? Si es que si, nombre de escuela:

Aseguranza Secundaria

Nombre de aseguranza _____
Domicilio de aseguranza _____
Cuidad, Estado, Postal _____
Telefono (____) _____
Nombre del asegurado(a) _____
Empleo del asegurado(a) _____
de Poliza _____ # de Grupo _____
Paciente, su relacion con el asegurado(a) _____
Asegurado(a): Hombre ____ Mujer ____
Asegurado(a) fecha de nacimiento _____
Fecha que la aseguranza fue efectiva _____
Deducible \$ _____ Pro-seguro _____ % o Pre-pago \$ _____