



Información de registro del paciente

Seguro Social# _____ Numero de Licencia _____ Estado: _____

Nombre _____
Apellido Primer Sexo Fecha de nacimiento Edad Estado Civil

Dirección _____
Calle o PO Box Apt Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____

Por favor indique el número de contacto preferido:

Celular: _____ Casa#2 _____ Trabajo# _____

Lugar de Empleo o Nombre de Escuela: _____

Dirección _____
Calle o PO Box Apt Ciudad Estado Código Postal

Ocupación _____

Contacto de emergencia _____
Nombre Fecha de nacimiento Teléfono Relación

Partido responsable de la facturación

El paciente es responsable de la facturación, sin embargo, si el paciente es menor de edad la información del tutor debe aparecer en esta sección. Nombre del menor: _____ Otro (sea específico) _____

Seguro Social# _____ Numero de Licencia _____ Estado: _____

Nombre _____
Apellido Primer Sexo Fecha de nacimiento Edad Estado Civil

Dirección _____
Calle o PO Box Ciudad Estado Código Postal

Estado de Empleo (favor de escoger uno) Tiempo Completo /Medio Tiempo/Retirado/ Desempleado/ Estudiante

Ocupación _____

Lugar de Trabajo o Nombre de Escuela: _____ Numero de su trabajo _____

Dirección _____
Calle o PO Box Ciudad Estado Código Postal

Informacion del cónyuge

Nombre de el cónyuge _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro social _____ Numero del trabajo de el cónyuge _____ Ocupación _____

Información del Seguro Medico

Nombre del seguro medico: _____ Direccion: _____

Numero de teléfono del seguro medico: _____
Ciudad Estado Codigo postal

Titular de la poliza: _____
Apellido Primer Sexo Fecha de nacimiento

Número de seguro social _____

Relación del paciente con el titular de la poliza: Yo _____ Conyuge _____ Hijo/Hija _____ Otro _____

Lugar de empleo _____ Numero de poliza _____ Numero de grupo _____

Dirección _____
Calle o PO Box Apt Ciudad Estado Código Postal

Información de Referencia

Cesión de beneficios / liberación de información / aviso de prácticas de privacidad / nombramiento de representante autorizado

Por favor, lea

Yo autorizo al personal calificado para llevar a cabo sobre mí, la terapia y / o cualquier otro tipo de atención que incluye el tratamiento necesario para mejorar mi bienestar. Reconozco que no hay garantías que se me pueden hacer sobre el resultado del tratamiento. He revisado el aviso de esta oficina de las prácticas de privacidad, que explica cómo se utilizará mi información médica y como será revelada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente: _____

Yo autorizo que mis beneficios de seguro le pagan directamente a mi médico pero también me doy cuenta de que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos y / o denegados. En el caso de que mi compañía de seguros niega el pago por cualquier razón, yo reconozco que soy responsable por el pago de los servicios previstos a mí

Firma del paciente: _____

Autorizo la liberación de mi información a mi compañía de seguros nombrada anteriormente con respecto a mi estado de salud y con el propósito de procesamiento de reclamaciones. También autorizo la liberación de información a mi médico remitente al cual se me recomendó para la continuación de mi bienestar. Entiendo que la información sólo constará de registros médicos pertenecientes al Dr. Choudhry, Dr. Anger, Dr. Duncan o Dr Bookout de Obstetricia y Ginecología.

Firma del paciente: _____

Entiendo que es una solicitud apropiada que puedo hacer en nuestra relación médico-paciente y sigue las directrices de la confidencialidad médica

Firma del paciente: _____