

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:	Apellido:	Apellido de soltera:	Fecha de nacimiento:	Número de Social Security:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Zip Code:	Teléfono del domicilio:	
Lugar de empleo:	Occupación:	Exten:	Teléfono del trabajo:		
Dirección de empleo:	Ciudad:	Estado:	Zip Code:	Teléfono del celular:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda			Correo electrónico:		
INFORMACIÓN DEL CONJUGE					
Nombre del conyuge:			Fecha de nacimiento:	Número de Social Security:	
Domicilio (si diferente)	Ciudad:	Estado:	Zip Code:	Teléfono del domicilio:	
Dirección de empleo del conyuge:	Occupación:	Años de empleo:	Teléfono del trabajo:		
INFORMACIÓN DEL PADRE (SI BAJO SU SEGURO)					
Nombre del padre:	Domicilio del padre:		Ciudad:	Estado: Zip Code:	
Lugar de empleo del padre:	Fecha de nacimiento del padre:	Teléfono del trabajo:	Exten:		
INFORMACIÓN DEL SEGURO (PROVEA LA TARJETA DE SEGURO A LA SECRETARIA)					
Compañía de seguro primario:	Nombre del asegurado:		Numero de identidad:	Número de grupo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip Code:	Teléfono:	Fecha efectivo:
Compañía de seguro secundario:	Nombre del asegurado:		Numero de identidad:	Número de grupo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip Code:	Teléfono:	Fecha efectivo:
CONTACTO SI ES NECESARIO					
Nombre:	Teléfono domicilio:	Teléfono trabajo:	Relación:		
QUIÉN LA REFIRIÓ					
Nombre del médico:	Nombre del amigo o pariente:		Otro (eg. guía de teléfono, hospital, etc.)		

Todos los servicios dispensados serán cobrados al paciente. El paciente será responsable por todo su costo; se acostumbra cancelar los servicios cuando se ofrecen, a no ser que si hicieron arreglos de antemano.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNAMIENTO DE SEGURO (lea y firme): Toda información médico es estrictamente confidencial: por lo tanto autorizo a Associates in Ob-Gyn, Inc. proveer información médico a mi compañía de seguros, para procesar cargos o ejecutar funciones administrativas. Por lo tanto yo asigno al médico, todos los pagos por servicios médicos dispensados a mi o mis dependientes. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no pagado por el seguro. Yo acuerdo cancelar el total del balance en diez días hábiles.

_____	_____	_____	_____
FIRMA	FECHA	FIRMA	FECHA
_____	_____	_____	_____
FIRMA	FECHA	FIRMA	FECHA
_____	_____	_____	_____
FIRMA	FECHA	FIRMA	FECHA