



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:
Dirección de empleo del conyuge:	Occupación:	Años de empleo:
		Teléfono del domicilio:
		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:	Número 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 TriHealth Women's Services Reproductive Endocrinology 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 dias habiles.

FIRMA

FECHA