



La INFORMACION PERSONAL:

La información que figura a continuación se utilizará para su registro médico. Las comunicaciones dirigidas a la dirección que aparece en su historial médico. También nos basamos en la información del teléfono en su historial médico cuando nos ponemos en contacto con usted por teléfono. Si cree que este método de comunicación puede ser peligroso, por favor, pida un medio alternativo.

El Nombre de paciente _____ Edad _____ DOB _____ SS# _____
(Fecha de Nacimiento) (Seguro Social)

Domicilio particular _____ Divorciado _____ Casado _____ Soltero _____ Viuda _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Licencia de conducir # _____

Casa # () _____ Trabajo # () _____ Celular # () _____

Correo electrónico _____ Enviar resultados o notas: Si _____ No _____

Empleador _____ Ocupación _____

Cónyuge o el Nombre de Guardián _____ Celular # () _____

Cónyuge o Empleador de Guardián _____ SS # _____
(Seguro Social)

¿Es un estudiante? Sí _____ No _____

Raza: Asiatico Hawaiano Nativo Otro Isleño Pacifico Northeamericano Africano Hispano o Latino Americano Anglosajon
 Mas de una raza Rehuso o Declino **Etnicidad:** Hispano o Latino Americano No-hispano o Latino Americano Rehuso o Declino

Idioma: Ingles Espanol Frances Birmano Otro

INFORMACION de SEGURO:

Seguro primario _____ El Nombre de Asegurado _____

Número de Identificación _____ El grupo # _____

Nombre de Asegurador o Empresa _____ Fecha Efectiva: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

La relación al Paciente: Cónyuge _____ Padre _____ Madre _____ Propio _____

Seguro secundario _____ El Nombre de Asegurado _____

Número de Identificación _____ El grupo # _____

Nombre de Asegurador o Empresa _____ Fecha Efectiva: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

La relación al Paciente: Cónyuge _____ Padre _____ Madre _____ Propio _____

Contacte Información:

Pariete cercano que no vive con usted _____ Teléfono # () _____

Amigo cercano que no vive con usted _____ Teléfono # () _____

Médico primario _____ Teléfono # () _____

Persona para contactar para una emergencia _____ Teléfono # () _____

Persona financieramente responsable de todas los cobros _____ Teléfono # () _____

Persona quien podemos dar gracias por referirle a nosotros _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por este medio asigno todos mis beneficios médicos y quirúrgicos incluyendo beneficios médicos mayores a los a tengo derecho incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud de: Norte de Texas Ob-Gyn Asociados. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de mi tarea es ser considerado como válido como un original. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos si o no pagado por mi seguro. Por la presente autorizo y acepta liberar toda la información necesaria para garantizar el pago. Yo entiendo que se me puede incurrir en costos que están permitidas, pero no cubiertos por mi compañía de seguros y que soy responsable de estos cargos.

Al firmar a continuación, certifico que la información dada en la oficina las formas son verdaderas y correctas a su mejor conocimiento y no tienen otro seguro. Usted nos notificará de cualquier cambio en su estado de salud o cualquier otro tipo de información dada a nuestra oficina.

Firma: _____

Fecha: _____