

BIENVENIDOS A LAS COLINAS OB/GYN

FECHA \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
# SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL		# TELEFONO DE LA CASA		
DIRECCION — APT#		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
EMPLEADOR DEL PACIENTE		OFICIO	# TELEFONO DEL EMPLEO		
DIRECCION DEL EMPLEO		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ESPOSO O PARIENTE RESPONSABLE		#SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	#TELEFONO	
EMPLEADOR DEL ESPOSO O PARIENTE RESPONSABLE		OFICIO/ESTUDIANTE	# TELEFONO DEL EMPLEO		
DIRECCION DEL EMPLEO		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
NOMBRE Y DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO		#TELEFONO	#POLIZA	#GRUPO	# ID O S.S.
NOMBRE Y DIRECCION DE SEGUNDA COMP. DE SEGUROS		#TELEFONO	#POLIZA	#GRUPO	# ID O S.S.
NUMERO DE MEDICARE		NUMERO DE MEDICAID			
NOMBRE DE SU DOCTOR FAMILIAR		DIRECCION		#TELEFONO	
EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN LE PODEMOS HABLAR(NOMBRE, DIRECCION, Y NUMERO DE TELEFONO)					
QUIEN LA RECOMENDO A ESTA OFICINA					

**ATENCION**

CONSENTIMIENTO: DOY MI CONSENTIMIENTO PARA CUALQUIER TRATAMIENTO O PRUEBA NECESARIA MIENTRAS SEA PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO.

INICIALES \_\_\_\_\_

AUTORIZACION: DOY AUTORIZACION A MI COMPANIA DE SEGUROS DE PAGAR A LAS COLINAS OB/GYN POR CUALQUIER SERVICIO MEDICO A MI PERSONA O BENEFICIARIOS.  
ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER BALANCE QUE MI COMPANIA DE SEGUROS NO PAGUE.

INICIALES \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_