

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/EST ADO		CODIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ESPOSO O PARIENTE RESPOSABLE		#SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
				#TELEFONO	
EMPLEADOR DEL ESPOSO O PARIENTE RESPOSABLE		OFICIO/ESTUDIANTE		# TELEFONO DEL EMPLEO	
DIRECCION DEL EMPLEO		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
NOMBRE Y DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO		#TELEFONO		#POLIZA	
				#GRUPO	
NOMBRE Y DIRECCION DE SEGUNDA COMP. DE SEGUROS		#TELEFONO		#POLIZA	
				#GRUPO	
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 RESPOSABLE DE CUALQUIER BALANCE QUE MI COMPANIA DE SEGUROS NO PAGUE.

INICIALES _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA _____