

Información del Paciente

Apellido del Paciente: _____ Primer Nombre: _____ I. _____

Dirección: _____ Número de Apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Número Teléfono () _____ Número de Trabajo () _____ Extensión _____

Contacto de Emergencia _____ Relación: _____ Teléfono () _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Matrimonial: Soltero Casado Enviudado Separado

Razón para la primer vista: _____

Nombre del doctor que te recomendo: _____ Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Teléfono () _____

Información de Empleador

Nombre de Empleador: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código _____ Teléfono () _____

Nos da permiso para llamar su trabajo? SI No Ocupación: _____

Información de Garante

*Persona responsable del pago (s)
Nombre de Garante: _____ Relación del Paciente: Propio Esposo (a) Hijo Otro

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Empleador: _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Número de Trabajo () _____ Extensión _____ Número Teléfono de su Casa () _____

Seguro Primario

Nombre del Seguro Primario: _____ Teléfono () _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____ Cantidad de Co-pago \$ _____ Efectivo _____ / _____ / _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación del Paciente: Propio Esposo (a) Hijo Otro

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ / _____ / _____ Seguro Social del Asegurado _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro Primario: _____ Teléfono () _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____ Cantidad de Co-pago \$ _____ Efectivo _____ / _____ / _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación del Paciente: Propio Esposo (a) Hijo Otro

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ / _____ / _____ Seguro Social del Asegurado _____

1. Yo doy autorización a revelar toda mi información médica a Millenium Practice Management Associates, Inc., para mi compañía de seguro para proceder pago.
2. Yo doy autorización de pago de beneficio médico a los doctores de Women's Healthcare Group.
3. Yo estoy de acuerdo que una fotocopia de este formulario puede ser usada en lugar de la original.
4. Yo estoy de acuerdo de pagar todo lo que mi seguro no cubra. Incluyen estos cargos pero no están limitados a deductible, co-pago, seguro secundario y servicios no cubiertos.

X _____
Firma del Paciente

Fecha