

Información del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Apodo o Apellido Paterno _____
 Dirección _____ Apto. _____ Buzón _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de Nacimiento _____
 # Seguro Social _____ Estado Civil Soltera Casada Divorciada Viuda Compañera Otro
 # Teléfono del Hogar () - _____ # Teléfono del Empleo () - _____ # Teléfono Celular _____
 Correo Electrónico _____ ¿Podemos enviarte mensajes? Si No

Estudios Clínicos: Nosotros hacemos estudios clínicos para avanzar la salud de mujeres. ¿Podemos notificarte próximos estudios? Si No

¿Podemos examinar su registro médico, y/o facturación de su información para determinar su elegibilidad para el estudio clínico? Si No

Información de Empleo del Paciente

Nombre del Patrón _____ # Teléfono del Patrón _____
 Dirección del Patrón _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Ocupación _____ Si eres estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial Escuela _____

Información de Seguro Médico – Primario/Secundario/Otro

¿Tienes seguro médico? Si No

Seguro Primario _____ ¿Copia de la tarjeta? Si No
 Suscriptor _____ Relación _____
 Seguro Secundario _____ ¿Copia de la tarjeta? Si No
 Suscriptor _____ Relación _____

Su Cónyuge o Información de Padres (si el paciente es cubierto por el seguro del cónyuge/padres)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ # SS _____
 Patrón _____ # Teléfono del patrón () _____
 Dirección del Patrón _____

Información de Emergencia: Ponga el pariente más cercano preferentemente no vive con usted.

En caso de una emergencia, podemos ponernos en contacto:

() - _____
 Número de Teléfono Relación al Paciente

Otro

Médico de cuidado

Médico Primario

Referencia

Primario: _____

en esta Oficina: _____

de Médico: _____

Autorización para Tratamiento, Pago y Operaciones de Asistencia Médica

Autorizo la liberación de mi información médica para objetivos de tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica. Adicionalmente autorizo y adjudico cualquier pago de beneficios médicos a Physicians for Womens Health LLC, su sucesores y adjudica, o cualquier individuo que esto puede designar para servicios proporcionados.

Como parte de esta autorización Physician for Womens Health LLC liberará el VIH, la Droga y el Alcohol y la Salud Mental/Información Psiquiátrico como requerido según la ley.
 Consiento en pagar el interés en el precio predominante para cantidades 30 días atrasados, así como todos los gastos incluso los honorarios del abogado, asociados con la colección de cualquier cantidad debida para servicios dados. Entiendo que soy económicamente responsable a Physicians for Womens Health LLC, sus sucesores y adjudica o cualquier individuo que esto puede designar, para cantidades debidas por mí de acuerdo con mi cobertura de ventaja de salud. Reconozco que será responsable de todas las reclamaciones impagadas si dejo de proporcionar la información de seguro médico dentro de mi límite de clasificación de plan de salud para servicios dados.

Firma del Paciente o Padre del Menor

Fecha

Autorización de Medicare para Tratamiento, Pago y Operaciones de Asistencia Médica. Los recipientes de Medicare Firman Ambos Autorizaciones.

Autorizo la liberación de mi información médica para objetivos de tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica solicito que el pago de Medicare autorizada se beneficie, ser hecho a mí o de mi parte a Physicians for Womens Health LLC, para servicios brindados a mí por los proveedores. Autorizo a cualquier sostenedor de mi información médica para liberar a los centros para servicios de seguro de enfermedad y asistencia médica y sus agentes cualquier información tenía que determinar ventajas para servicios relacionados dados.

Firma del Paciente

Fecha

Aviso de Privacidad: Recibido Rechazado

Firma del Paciente o Padre del Menor

Fecha

Puede liberar la información de salud protegida a: Nombre _____ Relación _____