

DOURRON OB/GYN ASSOCIATES, P.C.
INFORMACION DE PACIENTE

Fecha: _____ Cuenta # _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social # _____

Dirección _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Tel. de casa _____ # Tel. de trabajo _____ # de Celular _____

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada Separada Viuda

Nombre de Conyugue _____ Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____

Patrón del Conyugue y dirección del trabajo _____

Empleo: Full-time Part-time Retirada Ninguno

Full-time estudiante Part-time estudiante No soy estudiante

Nombre de Patrón/escuela _____ Posición _____

Dirección de Patron/escuela _____

INFORMACION DE SEGURO

Primera Compañía de Seguro _____ # de Grupo _____ # de Póliza _____

Dirección de Compañía de Seguro _____

Nombre de asegurado _____ # Seguro Social _____

Relación a Paciente _____ Patrón _____

Segunda Compañía de Seguro _____ # de Grupo _____ # de Póliza _____

Dirección de Compañía de Seguro _____

Nombre de asegurado _____ # Seguro Social _____

Relación a Paciente _____ Patrón _____

OTRA INFORMACION

¿Es usted alérgica a alguna droga? No Si Tipo de droga(s) _____

En caso de emergencia llama: _____ # Tel. _____ Relación _____

¿Cómo se entero de nosotros?

- | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familiar/Amiga | <input type="checkbox"/> Estación de Radio | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> International Medical Center | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Doctor | <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas - Bellsouth | <input type="checkbox"/> Grant Park | <input type="checkbox"/> Clínica Unión | <input type="checkbox"/> Letrero |
| <input type="checkbox"/> Compañía de Seguro | <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas – Mundo Hispánico | <input type="checkbox"/> Dr. Salinas | <input type="checkbox"/> Hope Medical Center | <input type="checkbox"/> Flyer |
| <input type="checkbox"/> Refugee Services | <input type="checkbox"/> Nuestro Seminario | <input type="checkbox"/> www.dourronobgyn.com | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

CONSENTIMIENTO PACIENTE

Yo autorizo a Dourron OB/GYN Associates, P.C. que entreguen cualquier información médica necesaria para el proceso de reclamo al seguro medico y certifique que la información personal que he dado es correcta.

Consiento a la evaluación y al tratamiento médicos necesario por el cuidado de mi salud, y entiendo que no expirara este consentimiento. Acepto que no hay garantía de la protección de mi expediente contra la corte.

Entiendo que puedo solicitar restricciones en cómo mi información de la salud se utiliza o se divulga para realizar operaciones de tratamiento o del cuidado de la salud, pero que Dourron OB/Gyn Associates, P.C. no esta requerido convenir mi petición o restricciones.

Consiento al acceso de mi información protegida de la salud con el fin diagnosis medica, proporcionando el tratamiento, obteniendo el pago, o conduzco operaciones necesarias del cuidado de la salud, y autorizo el pago directo de la ventajas del seguro medico a Dourron OB/Gyn Associates, P.C. para los servicios realizados. También entiendo y convengo que soy responsable del pago de todas las cargas validas no pagadas por mi seguro.

Los servicios del laboratorio se pueden proporcionar por Quest Diagnostic, un laboratorio exterior contraído de la referencia. La carga del laboratorio no cubrió por mi seguro medico será facturado a mi por la Quest Diagnostics que factura el servicio. Acepto la responsabilidad de las cargas validas del laboratorio no cubiertas por plan del seguro medico.

He recibido una copia de la declaración de privacidad de Dourron OB/Gyn Associates, P.C. y me he aconsejado que me notificaran de cualquier cambio.

****Nuestra oficina no manda pagos por visitas médicas y co-pays. Los pagos se hacen cuando ha venido a la consulta.****

Yo autorizo y asigno el pago directo a Dourron OB/GYN Associates, P.C. de cirugía y beneficios médicos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cargos que no sean cubiertos por el seguro medico.

Yo estoy en común acuerdo en pagar 30% de interés por año, por la parte debida por más de 60 días. Si mi cuenta es enviada al departamento de deudores, yo seré responsable por todos los gastos en corte, abogados y cargos puestos por el departamento de deudores al coleccionar mi deuda.

Entiendo que tengo el derecho de rechazar firmar este consentimiento, no obstante haciendo asi pues, me requieren pagar servicios a Dourron OB/Gyn Associates, P.C. en el momento del servicio.

Nombre de Paciente o del Representante Personal

Firma de Paciente o del Representante Personal

Fecha

Firma de Facilidad Autorizada

Fecha