



Dr. Katherine Boyd - Aquia Ward, RN, WHNP-BC

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Seguro Social #: _____ Num. Licencia de Guiar #: _____ Estadado: _____

Nombre: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Estado Matrimonial: _____

Direccion: _____

Calle (Porfavor de no escribir apartados postales) _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

(____) _____ (____) _____

Telefono de Casa _____ Telefono de celular _____

Empleo: _____ Ocupación: _____

Direccion de Empleo: _____

Calle o Apartado Postal _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

(____) _____ TIEMPO COMPLETO / TIEMPO PARCIAL

Telefono

Contactos de emergencia: _____ (____) _____

Nombre _____ Numero de Telefono _____

_____ (____) _____

Nombre _____ Numero de Telefono _____

INFORMACION SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA CUENTA

Parentesco entre el paciente y la person responsabe del pago de la cuenta: Paciente Esposa Hija Otro: _____

Nombre: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Estado Matrimonial: _____

Direccion de Empleo: _____

Calle o Apartado Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Inicial _____

Empleo: _____ Telefono: (____) _____

ASEGURANZA PRIMARIA

Compania de Seguro: _____ (____) _____

Telefono

Nombre del Asegurado(a): _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Numero de Seguro Social: _____

Parentesco entre el Paciente y el Asegurado: Paciente Esposa Hija Otro: _____

Lugar de Empleo: _____ Num. de Identificacion del Asegurado: _____ Num. Del Grupo: _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Compania de Seguro: _____ (____) _____

Telefono

Nombre del Asegurado(a): _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Numero de Seguro Social: _____

Parentesco entre el Paciente y el Asegurado: Paciente Esposa Hija Otro: _____

Lugar de Empleo: _____ Num. de Identificacion del Asegurado: _____ Num. Del Grupo: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y LIBERACION/ USO DE INFORMACION

POR FAVOR LEA: Todos los cobros deben ser pagados cuando usted recibe los servicios medicos. Si el doctor le indica que cirugia es necesario, el paciente es responsable por entregar el formulario para reclamos de su aseguranza antes de cirugia.

Yo, por este medio, transfiero a A Woman's View Women's Healthcare, todos mis derechos, titulo e interes de mis beneficios de reembolso bajo mi poliza de seguro. Yo autorizo la liberacion y el uso de cualquier informacion medica necesaria para determinar estos beneficios, incluyendo informacion medica, quirurgica, siquiatica y/o abuso de drogas y/o alcohol. Esta autorizacion sera valida hasta que yo de notificacion por escrito de mi revocacion de dicha autorizacion.

Yo, entiendo que esta orden no me libera de mi obligacion de pagar dichos cobros si no es pagado por mi compania de, o cualquier balance pagable luego del pago de mi compania de seguro.

Firma del Paciente

Fecha