

Información del Paciente

Fecha:	MRN:	Referida por:
Nombre:	Status Marital <input type="checkbox"/> Solt <input type="checkbox"/> Cas <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viud	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	# Seguro Social:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Zip code:
Tel. Celular:	Tel. Trabajo:	Médico Primario:
Email:	Ocupación:	
Patrono:	Dirección del Patrono:	
Persona a llamar en caso de emergencia (que no viva en la misma dirección):		
Relación con la Paciente:	Tel.:	
Cómo escuchaste de nosotros: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Plan Médico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar		
<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> ZocDoc <input type="checkbox"/> DexKnows.com <input type="checkbox"/> Yellowpages.com <input type="checkbox"/> Centennialobgyn.com		
<input type="checkbox"/> Angie's List <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Otro		

Información de la Persona Responsable

Persona responsable de la factura:	Relación con la Paciente:
Dirección:	
Fecha de Nacimiento:	Tel. Casa:
Patrono:	# Seguro Social:
Tel. Trabajo:	Ocupación:
Dirección del Patrono:	

Información del Plan Médico

Plan Médico 1ario:	Nombre del Subscriptor:
# Seguro Social del Subscriptor:	Fecha de Nacimiento:
No de Grupo:	No de Póliza:
Relación con la Paciente:	
Fecha de Efectividad:	Patrono:
Tel. Trabajo:	
Dirección del plan:	
Plan Médico 2ario:	Nombre del Subscriptor:
# Seguro Social del Subscriptor:	Fecha de Nacimiento:
No de Grupo:	No de Póliza:
Relación con la Paciente:	
Fecha de Efectividad:	Patrono:
Tel. Trabajo:	
Dirección del plan:	

La información arriba es correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento. Autorizo a que se paguen mis beneficios del plan médico directamente a Luis López-Benítez, M.D., Ltd. (Centennial Ob/Gyn). Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier cargo sin importar la cobertura del plan médico. Autorizo a Luis López-Benítez, M.D., Ltd. (Centennial Ob/Gyn) y/o al plan médico a divulgar cualquier información requerida para procesar mis facturas. También entiendo que si mi cuenta es referida a un servicio de colección debido a falta de pago de mi parte, me comprometo a pagar todos los cargos legales o de colección que sean añadidos a mi cuenta. Entiendo que habrá un cargo de \$35 por cualquier cita que no se cancele al menos 24 horas de la hora de la cita.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____