

REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

INFORMACION DEL PACIENTE (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre (Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido): _____

Apellido de Soltera: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Teléfonos: Casa: _____ celular: _____ trabajo: _____

Teléfono de preferencia (elijá uno): *casa celular trabajo* Correo Electrónico: _____

Idioma de preferencia: _____ Farmacia de preferencia: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Doctor de cabecera: _____ Doctor Ginecólogo-obstetra: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Teléfono _____ Relación al paciente: _____

RAZA

Negra/Afroamericana/Negra Blanca Asiática India Americana o Islaña del Pacífico

Más de una raza Otra Desconocida Se rehúsa a responder

ORIGEN ETNICO

Hispano o latino No Hispano o Latino Desconocido Se rehúsa a responder

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO Por favor muestre su tarjeta de seguro médico actual cada vez que tenga una cita

Seguro primario: _____

Nombre del titular (si el paciente no es el titular): _____

Fecha de nacimiento del titular (si el paciente no es el titular): _____

Relación al paciente: *Esposo padre otro* _____

Seguro secundario: _____

Nombre del titular (si el paciente no es el titular): _____

Fecha de nacimiento del titular (si el paciente no es el titular): _____

Relación al paciente: *Esposo padre otro* _____

PERSONA RESPONSIBLE DEL PAGO

Sólo para pacientes menores de 18 años

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal (Si se aplica): _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE ANUNCIO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Ob/Gyn Associates of Holland, PC se preocupa de mantener su información confidencial. No divulgaremos su información sin su autorización escrita excepto tal como fue recalado en nuestra política de prácticas de privacidad. Ob/Gyn Associates of Holland, PC tal como es requerido, se reserva el derecho de modificar ocasionalmente sus prácticas de privacidad. Al firmar a continuación, reconozco que se me ha otorgado una copia del Anuncio de prácticas de privacidad de Ob/Gyn Associates of Holland, PC.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER HISTORIA DE MEDICAMENTOS

Al firmar a continuación, yo autorizo a Ob/Gyn Associates of Holland, PC a obtener/bajar mi historia de medicamentos de farmacias y/o patrones de beneficios de farmacias. Esta autorización permite a mi médico revisar posibles interacciones de medicamentos para cualquier nuevo medicamento que decida recetar, y a facilitar las recetas electrónicas. Entiendo que esta autorización permanece en efecto hasta que yo revoco por escrito.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Yo acepto todo el cuidado y tratamiento (incluso los procedimientos cuando sean necesarios) que me proveen los proveedores de Ob/Gyn Associates of Holland, PC. Entiendo que me explicarán mi cuidado y que yo tomaré parte en el proceso de tomar decisiones. Entiendo que debo hacer preguntas sobre mi cuidado para estar segura que entiendo el plan de cuidado.

Firma del paciente o representante legal

Fecha