

FORT WORTH PERINATAL ASSOCIATES, P.A.

P.O. BOX 201410
DALLAS, TEXAS 75320-1410

PHYSICIAN: _____
LOCATION: _____ BEING SEEN TODAY
DATE: _____

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Si el paciente no es responsable por la cuenta, (ejemplo: niños, paciente de menor), por favor, se necesita toda la información de la persona responsable y del paciente.

Seguro Social: _____ Estado: _____ # Lic de Manejar: _____

Nombre: _____ MM/DD/AA
Apellido Nombre Medio Sexo Cumpleanos Edad C D S
Estatus Persona: _____
Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Area # Telefono

____ Tiempo Completo ____ 1/2 Tiempo ____ Desempleo ____ Nombre de Empleo: _____
Empleo O Escuela

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Area # Telefono
Ocupacion: _____
de telefono del trabajo

Contacto de Emergencia: (que no tengae el mismo domicilio) _____
Tel. _____
Nombre Telefono Pariente

Paciente es reponsable menos ninos de menor. Por favor llene todo este parte completo

Relacion al paciente: Nino _____ Otro _____
Nombre: _____ MM/DD/AA
Apellido Nombre Medio Sexo Cumpleanos Edad C D S
Estatus Personal
Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Area # Telefono

____ Tiempo Completo ____ 1/2 Tiempo ____ Desempleo ____ Nombre de Empleo: _____
Empleo O Escuela

Direccion de Empleo: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Area # Telefono
Ocupacion: _____
de telefono del trabajo

OTRA INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre De Esposo (a): _____
Apellido Nombre
de telefono de trabajo _____ Ocupacion: _____

INFORMACION DE SEGURO

Por favor presente tarjeta de seguro

Compania de Seguro: _____ Direccion: _____
Calle Area # Telefono

Co-Pay: _____
Ciudad Estado Zip

PCP: _____

Nombre en la poliza Seguro: _____ MM/DD/AA
Apellido Nombre Medio Sexo Cumpleanos Edad C D S
Estatus Personal

Relacion a asegurado: _____

Nombre de Empleo _____ Seguro ID _____ Nombre O Numero de grupo _____

Direccion de Empleo: _____
Calle Ciudad Estado Codigo

Por favor presente tarjeta de seguro

Nombre de Seguro: _____ Direccion: _____ () _____
Calle Area Telefono

Co-Pay : _____
Ciudad Estado Codigo

PCP: _____
Nombre Segurado: _____ MM/DD/AA
Apellido Nombre Medio Sexo Cumpleanos Edad Estatus Personal
C D S

Relacion a asegurado: _____

Nombre de Empleo _____ Seguro ID _____ Nombre O Numero de grupo _____

Direccion de Empleo: _____
Calle Ciudad Estado Codigo

FAVOR DE LEER: Fort Worth Perinatal Associates, P.A.(FWPA), y sus doctoras son cometidas a asegurar la privacidad sobre su informacion de salud. Hemos colgado la Alerta de Privacidad en la area de recepcion. No tiene que leer esta alerta, Pero si queremos que esten consientes de esta alerta.

Yo le doy el derecho a FWPA sobre mis beneficios de aseguranza. Autorizo que usen mi informacion medica para determinar beneficios medicos, siciaticos, y o abuso de drogas/alcohol. Esta autorizacion seguira en pie hasta ser cambiada por autoridades medicas.

Yo entiendo que esta orden no me libra de la obligacion de pagar mis biles si no son cubiertos por mi aseguranza.

Acepto que FWPA sea mi representante con mi aseguranza.

Todo cargo debe ser pagado al tiempo de servicio. Si alguna operacion es indicada, yo soy responsable de llevar todo el papeleo al doctor.

Firma de Paciente

Fecha