

Midwest OB/GYN & Midwifery
Registro de la Paciente

Fecha: _____

Información Personal

Nombre (Primer, Segundo, Apellido) _____

Dirección de Casa _____ # de Departamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Teléfono de Casa _____ # de Teléfono Celular/de Trabajo _____

Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ # de Seguro Social _____ - _____ - _____

Farmacia que Usa y la Locación _____

¿Cómo escuchó de nuestra clínica? _____

Nombre y Numero de Teléfono de una persona que podemos contactar en caso de emergencia:

_____ Relación con paciente _____

****Llene esta parte solamente si ud. tiene seguro privado):***

Nombre Completo de la Persona que tiene el Seguro: _____

Su Fecha de Nacimiento: _____ Su # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Autorización Para Dar Información y Nuestra Política Financiera

Nuestro contrato y acuerdo por pago de los servicios es con usted, no con su compañía de seguros. Usted debe entender que será responsable por su cuenta si su seguro no paga por alguna razón. Entiendo y acepto mi responsabilidad financiera.

Yo autorizo que se dé cualquier información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma de la Paciente

Fecha