



CHRISTOPHER W. SERRANO, M.D., P.A.

FELLOW, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

20726 STONEOAK PKWY SUITE 101, SAN ANTONIO, TEXAS 78258

Phone: (210) 545-7700 ~ Facsimile: (210) 545-7707

BOARD CERTIFIED IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

REGISTRACION La Fecha de Hora: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Numero de Licencia de Manejo: _____ Correo Electrónico: _____

Estado Social: _____ Soltera _____ Casada _____ Separada _____ Divorciada _____ Viuda

Dirección Residencial: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Dirección de Correo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Números de Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de Trabajo: _____

Nombre de Marido (si se le aplica): _____

Como Supo Acerca de Nosotros: _____

INFORMACION DE SEGURO

Seguro Primario: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre Titular Principal: _____ Relación: _____

Fecha De Nacimiento del Titular Principal: _____ Seguro Social: _____

HIPPA

Por favor nombre cualquiera que puede llamar a la Oficina en su nombre para recibir los resultados de la prueba, información, citas, etc. Legalmente, nadie puede tener acceso a su información médica o facturación sin su consentimiento previo. Cualquier cambio deberá presentarse por escrito.

1. _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

2. _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

3. _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Doy al Dr. Christopher Serrano consentimiento para tratamientos según sea necesario. También solicito que el pago de mi compañía de seguro pague al Dr. Christopher Serrano por cualquier servicio prestado por él. Entiendo que soy financieramente responsable para cualquier gasto si mi seguro no para en plazo razonable de tiempo. Autorizo a la divulgación de cualquier información a mi compañía de seguros con el fin de procesar mi solicitud. Entiendo que mis registros pueden incluir información sobre pruebas de VIH o SIDA y uso indebido de sustancias. Cargos mostrados en las declaraciones, estamos de acuerdo en que son correctos y razonables, a menos que hagamos un llamamiento en escrito en el periodo de 30 días de la fecha de facturación.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha