



Fertility Specialists Medical Group, Inc.
 8010 Frost Street, Plaza Level, San Diego, CA 92123
 Phone (858)505-5500 Fax (858) 505-5555

FORMA DE INFORMACIÓN FEMININO

PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE MES DÍA AÑO

DIRECCIÓN _____ POR CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO ALLÍ? _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DE SEGURO SOCIAL _____ # TELÉFONO _____ # TEL. DE SU TRABAJO _____
 # CELULAR _____ OTRO TELÉFONO _____ # LIC. DE MANEJAR _____ ESTADO _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ NOMBRE DE SOLTERA _____ ESTADO MARITAL _____

Ocupación _____ EMPLEADOR _____ TIEMPO COMPLETO/MEDIO TIEMPO _____

DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

PREF. RELIGIOSA _____ USTED TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIAS? _____

TIENE ALGUNA AUTORIZACIÓN PARA TOMAR DESICIONES DESIGNADA PARA SU CUIDADO MÉDICO? SÍ NO (SI ES SÍ, ADJUNTE UNA COPIA DEL DOCUMENTO)

INFORMACIÓN DE SU PAREJA

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 APELLIDO NOMBRE INICIAL MES DÍA AÑO

DIRECCIÓN _____ # TEL. _____ # CEL. _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACIÓN CON USTED _____

DIRECCIÓN _____ # TEL. _____ # TEL. TRABAJO _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO _____	NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO _____
# TEL. DEL SEGURO _____	# TEL. DEL SEGURO _____
DIRECCIÓN _____	DIRECCIÓN _____
# DE PÓLIZA _____ # DE GRUPO _____	# DE PÓLIZA _____ # DE GRUPO _____
# DE MIEMBRO _____ DÍA EFECT. _____	# DE MIEMBRO _____ DÍA EFECT. _____
NOMBRE DEL DUEÑO DE PÓLIZA _____	NOMBRE DEL DUEÑO DE PÓLIZA _____

Todos los de mi cobertura de aseguranza está en la lista anterior (primario, secundario y tercerro, si aseguranza es aplicable).Estoy revelará toda la información pertinente y estoy dando permiso para cobrar a mi aseguranza. _____ initials.

FORMA DE INFORMACIÓN FEMININO (CONTINUACIÓN)

☐ AUTORIZACIÓN:

Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, incluyendo la consulta inicial sea o no cubierta por mi compañía de seguro. El pago se vence en el momento que los servicios son proporcionados, al menos que el seguro ya haya recibido el cobro.

☐ ASIGNACIÓN:

Yo autorizo el pago directo para Fertility Specialists Medical Group, Inc. por cualesquier beneficio pagadero por servicios proporcionados.

☐ INFORMACIÓN MÉDICA:

1. La autorización es otorgada para proporcionar información requerida para procesar este caso. Una copia de esta autorización es válida tanto coma la original.
2. La autorización es otorgada para proporcionar información pertinente para el hospital o al médico o para el continuo cuidado médico-tratamiento tanto como sea requerido. Mencionando cualesquier caso pendiente, vá a recibir balances periódicamente si su cuenta tiene un balance pendiente. No aceptamos la responsabilidad de colectar su caso de seguro o en negociar un acuerdo en un caso en disputa.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOTA: POR FAVOR INCLUYA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO POR LOS DOS LADOS.

Dirección de correo electrónico: _____

AUTORIZADO NÚMEROS DE TELÉFONO PARA DEJAR MENSAJES:

Cuando se hace necesario en contacto con usted por teléfono, por favor, indique el número (s) donde desea ser contactado. ¿Podemos dejar mensajes, como los resultados de laboratorio, citas, u otra información médica en un contestador automático, o con otra persona que contesta el teléfono, en ese número? Sí No

Número de teléfono (s): _____, _____

PADRES FUTUROS:

Debido al aumento de las tecnologías y los cambios sociales, tiene que quedar claro que son los destinados a los padres de cualquier intervención que se comprometen a nuestro cuidado. Anote por favor que son los futuros padres después de responder a la pregunta siguiente.

² Hay una intención de los padres (1)

² Hay dos (2) destinados a los padres

² No aplicable, ya que no estoy buscando el cuidado de mis propios intentos de reproducción o de crianza de los hijos.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

DIVULGACIÓN EL UNO A OTRO:

Al firmar a continuación certifico que toda la información relacionada a mí ya mi pareja el cuidado pueden ser compartidas entre nosotros por el personal de la Fertilidad Especialistas Medical Group, Inc.

Paciente Firma _____ Fecha _____