



Fertility Specialists
Medical Group, Inc.

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

FORMA DE INFORMACION MASCULINO

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 _____ 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 INFORMACION MASCULINO (CONTINUACION)

AUTHORIZACION:

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, incluida la consulta inicial o no cubiertos por mi compañía de seguros. El pago es debido al servicio prestado a menos que el tiempo es seguro es que se factura a

ASIGNACION:

Yo permito el pago directo a los especialistas en fertilidad Medical Group, Inc. por cualquier prestaciones debidas por los servicios prestados

ARCHIVOS MEDICOS

1. La autorización es concedida presente para la liberación de toda la información necesaria para procesar este reclamo. Una copia de esta autorización es tan valida como el original.

2. Se concede la autorización para la liberación de la información pertinente a un hospital o al médico de referencia para la adecuada continuidad de la atención o tratamiento según sea necesario. Independientemente de cualquier reclamación pendiente, usted recibir estados de cuenta periódicos si la cuenta tiene un saldo pendiente. No podemos aceptar la responsabilidad de la colección de su reclamación de seguro o para la negociación de un acuerdo sobre una demanda en disputa.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Dirección de correo electrónico: _____

NOTA: POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE LA DELANTERA Y TRASERA DE SU TARJETA.

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.

- Hay una intención de los padres (1)
- Hay dos (2) destinados a los padres
- 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 al 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.

Pareja Firma _____ Fecha _____