

FECHA: _____

**THE ADLER CENTER FOR WOMEN'S HEALTH
REGISTRACION DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE PRIMER		INICIAL		APELLIDO	
NUMERO DEL SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
DIRECCION CALLE		#APT	CIUDAD		ESTADO/ZIP
TRABAJO		DIRECCION DEL TRABAJO		TEL. CASA ()	
TRABAJO DEL ESPOSO		DIRECCION TRABAJO DEL ESPOSO		TEL. TRABAJO ()	
QUIEN LA RECOMENDO				TEL. TRABAJO DEL ESPOSO ()	
MEDICO PRIMARIO				TEL. MEDIO PRIMARIO ()	

CONTACTO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN SE DEBE AVISAR		RELACION CON LA PERSONA
TEL. DE LA CASA _()	TEL. DEL TRABAJO ()	

INFORMACION DE PAGOS

***FAVOR DE LEER:**

Todos los cargos deben ser pagados al tiempo de la visita. Todos los co-pagos deben ser pagados al tiempo de la visita. Formas necesarias seran llenadas para asegurar pagos de las companias de seguros. El paciente es responsable por los cargos.

SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO
NOMBRE CIA. SEGUROS	NOMBRE CIA. SEGUROS
DIRECCION	DIRECCION
NUMERO TEL.	NUMERO TEL.
NUMERO IDENTIFICACION (NUMER SS). GRUPO#	NUMERO IDENTIFICACION (NUMER SS.) GRUPO#
ASEGURADO	ASEGURADO
NOMBRE DEL LUGAR DONDE TRABAJA	NOMBRE DEL LUGAR DONDE TRABAJA
TEL. DEL LUGAR DONDE TRABAJA	TE. DEL LUGAR DONDE TRABAJA
RELACION DEL PACIENTE CON ASEGURADO	RELACION DEL PACIENTE CON ASEGURADO

AUTORIZACION DE PROVEER INFORMACION Y PAGO

Yo, _____, p or medio de la presente autorizo al Adler Center for Women’s Health que cobren los beneficios por servicios rendidos por dicho centro.

Pido que los pagos de _____(Nombre de Compañía de Seguro) sean hechos directamente al Adler Center for Women’s Health.

Certifico que la información dada aquí es correcta y ademas autorizo que se de información necesaria, incluyendo información médica, para esta o cualquier otra reclamación del agente de cobros del Adler Center for Women’s Health a la arriba mencionada compañía de seguros o a petición, sin previo aviso, de la compañía de seguros.

También doy permiso para que una copia de la presente sea usada en vez del original.

Entiendo también que el seguro no es una forma de pago y que todos los cargos son mi responsabilidad y que el pago complete debe ser hecho en un periodo de noventa (90) dias. Asi mismo entiendo que cualquier cambio del anterior mencionado seguro, este debe ser reportado por mi dentro den un periodo de diez (10) días laborables de la fecha de validez del mismo. De no hacerlo, libera Ud. al Adler Center for Women’s Health yo a sus agents del acuerdo de facturación y por lo tanto el pago vence en la misma fecha del servicio.

Si mi cuenta tuviese que ser puesta en manos de abogados para el cobro, estoy de acuerdo en pagar todos los costos y gastos, incluyendo una cantidad razonable para los honorarios de dichos abogados.

Firma del Paciente

Fecha

Reverifcación de información dada por el paciente:

Iniciales-Oficina _____	Fecha _____	Iniciales-Paciente _____	Fecha _____
Iniciales-Oficina _____	Fecha _____	Iniciales-Paciente _____	Fecha _____
Iniciales-Oficina _____	Fecha _____	Iniciales-Paciente _____	Fecha _____