



Información del Paciente

Apellido del Paciente: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____
 Dirección: _____ Número de Apartamento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Número Teléfono: (_____) _____ - _____ Número de Trabajo: (_____) _____ - _____ Extensión: _____
 Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
 Estado Matrimonial: Soltera Casada Viuda Separada Divorciada
 Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Razón para la primer visita: _____
 Nombre del doctor que te recomendó: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Farmacia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Número de Fax: (_____) _____ - _____

Información de Empleador

Nombre de Empleador: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Ocupación: _____ ¿Nos da permiso para llamar su trabajo? Si No

Información de Garante

*Persona responsable del pago(s)

Nombre de Garante: _____ Relación del Paciente: Propio Esposo(a) Hijo(a) Otro _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Número de Trabajo: (_____) _____ - _____ Extensión: _____ Número Teléfono de su Casa: (_____) _____ - _____

Seguro Primario

Nombre del Seguro Primario: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____ Cantidad de Copago \$ _____ Efectivo: ____/____/____
 Nombre del Asegurado: _____ Relación del Paciente: Propio Esposo(a) Hijo(a) Otro _____
 Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ / _____ / _____ Seguro Social del Asegurado: _____ - _____ - _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro Secundario: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____ Cantidad de Copago \$ _____ Efectivo: ____/____/____
 Nombre del Asegurado: _____ Relación del Paciente: Propio Esposo(a) Hijo(a) Otro _____
 Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ / _____ / _____ Seguro Social del Asegurado: _____ - _____ - _____

1. Yo doy autorización a revelar cualquier información médica a Millennium Practice Management Associates, Inc. para procesar mis reclamos de seguro.
2. Yo doy autorización de pago de beneficio médico a los doctores de Women's Health Care Group.
3. Yo estoy de acuerdo que una fotocopia de este formulario puede ser usada en lugar de la original.
4. Yo estoy de acuerdo de pagar todo los cargos que mi seguro no cubra. Estos cargos incluyen, pero no se limitan a deducibles, copagos, coaseguro y servicios que no son cubiertos.

X _____ / _____ / _____
 Firma del Paciente Fecha