PRINT FORM

PERINATAL DIVISION OF CAMG
8010 Frost Street, Suite 300
San Diego CA 92123
(858) 939-6860

REGISTRO DE LA PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA _____
nombre apellido mes/dia/año

DOMICILIO _____
calle Apt. # ciudad estado código postal

DOMICILIO POSTAL _____
p.o. box - calle ciudad estado código postal

TELÉFONO ( ) _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___
mes dia año

CASADA [ ] SOLTERA [ ] DIVORCIADA [ ] SEPARADA [ ] VIUDA [ ]

DOCTOR PRINCIPAL _____ NOMBRE SOLTERA DE SU MADRE _____

OCUPACIÓN DEL PACIENTE _____ EMPLEADO POR _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____
p.o. box - calle ciudad estado código postal

TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) _____ SEGURO SOCIAL# _____ RELIGIÓN _____

TIENE UD. SEGURO MÉDICO? SÍ [ ] NO [ ] GRUPO# _____ MIEMBRO# _____

SEGURO MÉDICO _____

DIRECCIÓN _____
p.o. box - calle ciudad estado código postal

NOMBRE DEL SUBSCRITOR _____

DIRECCIÓN DEL SUBSCRITOR _____

NOMBRE DEL ESPOSO _____
nombre apellido

OCUPACIÓN DE SU ESPOSO _____ EMPLEADO POR _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____
p.o. box - calle ciudad estado código postal

TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) _____ SEGURO SOCIAL ___-___-___

NOMBRE DE UN PARIENTE (QUE NO VIVE EN EL MISMO DOMICILIO) _____

PARENTESCO _____ TELEFONO ( ) _____

DOCTOR QUE RECOMIENDA _____

DIRECCIÓN _____ TELEFONO ( ) _____

Autorizo a que entreguen cualquier información médica necesaria para poder procesar reclamos de servicios médicos por servicios recibidos.

FIRMA _____ FECHA _____

Authorizo **y** pido que los beneficios del segura médico sean pagados directamente a los PERINATAL DIVISION OF CAMG.

FIRMA _____ FECHA _____

Por favor, complete esta forma entera, si es possible. Esta información será usado no solamente para la información de registración, sino también para procedimientos de verificar las pacientes para sus citas en la computadora **y** para procedimientos de pagamiento.