



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre (*Primer Nombre, Apeido*): _____ Numero de Seguro# _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Direccion: _____

Street Apt # City/Zip
Telefono: Casa _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre de su trabajo: _____ Su Doctor de embarazo: _____

Nombre de Esposo o Guardia: _____ Relacion: _____

Direccion: (si diferente) _____

Calle Numero de Apartamento Ciudad, Estado, Codio Postal

Telefono: Casa _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Segundo Contacto De Emergencia: _____

INFORMATION de SEGURO

Nombre del Seguro: _____ Numero de Telefono #: _____

Direccion del Seguro: _____

Numero del Grupo: _____ Certificado o Identificacion: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre del trabajo del asegurado: _____ Telefono: _____

Direccion del trabajo del asegurado: _____

Seguro Social de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo transfiero y asigno por este medio a Hill Country Maternal Fetal Medicine de la Dra. Celeste Sheppard todo los derechos a mi informacion medica. Yo autorizo cualquier medica informacion para determinar estas conclusiones. Esta autorizacion seguira siendo valida hasta que el aviso escrito es dado por mi que revoca la autorizacion dicha. Entiendo que soy responsable de cualquier y todas las cargas si o no cubiertas por el seguro.

Reconocimiento De "Aviso de privacidad de las practicas" Iniciales: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

La Polisa de **"Hill Country Maternal Fetal Medicine"** en financiamiento.

Nosotros nos dedicamos a ofrecer el mejor cuidado posible y mantener el servicio mejor para usted durante su embarazo. Por favor lea sus responsabilidades financieras como elemento especial de su cuidado y tratamiento. Para su conveniencia nosotros aceptamos VISA, Mastercard, Discover, y Expreso Americano.

Su Seguro:

- Yo entiendo si mi seguro sera cobrado por mi visita. Todos los copagos, deducibles, y los procedimientos que no estan cubierto seran cobrado a la hora de servicio. Yo tambien entiendo que sere responsable si por cualquier rason mi aseguransa no cubre la visita.
- En caso que su plan de salud determine un servicio que no se cubre, usted sera responsable de la carga completa. El pago sera echo en la oficina y recibira una declaracion de la cuenta a ese tiempo.
- Mandaremos la cuenta de su plan para todos los servicios proporcionados en el hospital. Cualquier equilibrio debido es su responsabilidad y es debido sobre de una declaracion de nuestra oficina.
- Si mandamus sus biles a una oficina de colecciones sera usted su responsabilidad para obtener el balanse y los cargos con la oficina.

Pacientes menores de edad:

- Pacientes menores de 18 y que estan embarazada seran responsable de su tratamiento y cuidado como tambien para los cobros. Seran tratado como un adulto.

Alista las personas que usted autorisa para que reciba informacion medica que incluye los cobros del paciente. Para revocar esta autorisacion tiene usted que escribir una carta para la oficina.

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____ Relacion: _____

Yo entiendo y he leído La Polisa de **"Hill Country Maternal Fetal Medicine"** en financiamiento y estoy de acuerdo.

Nombre en molde del paciente

Fecha

Firma del paciente