



Registración Del Paciente

Por favor escriba claramente en letra de molde:

Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Número del Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono (casa): (____) _____ Número de Teléfono (trabajo): (____) _____

Celular: (____) _____ Correo Electronico: _____

Se puede dejar mensajes confidenciales en los números telefonicos que nos ha dado? Si No

En caso de emergencia, pueden llamar a (nombre): _____ Relación:

_____ Número de Teléfono: (____) _____

¿Tiene usted un documento llamado, Advanced Directive for Health Care? Si No

Nombre del Patrón or Compañía: _____ Puesto/Titulo:

Nombre de su Doctor General: _____ Teléfono: (____)

Nombre del Doctor que la refirio a esta clinica: _____ Teléfono: (____)

¿Continuara viendo a su doctor obstetra a la misma vez que a nuestros especialistas? Si No

¿Porque la recomendaron a nuestra clinica?

Seguro De Salud : _____ Grupo: _____

Número de Póliza: _____ Número del Grupo: _____ Número Telefonico: (____)

Nombre de Persona con la Póliza: _____ Relacion con el Paciente: _____ Fecha de

Nacimiento: ___/___/___

Número del Seguro Social: _____

Seguro Secundario: _____ **Grupo:** _____

Número de Poliza: _____ **Número del Grupo:** _____ **Numero de Teléfono:** (____) _____

Nombre de Persona con la Póliza: _____ **Relación con el Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Número del Seguro Social: _____

Yo comprendo que es mi responsabilidad financiera pagar todas las cuentas, aunque las pague o no mi seguro de salud. Yo autorizo a East Bay Perinatal Medical Associates a que den toda la información necesarea para que se les pague por los servicios proporcionados.

Firma del paciente

Fecha