

# REGISTRACION

<b>Información de Paciente</b>		
Fecha:	Teléfono de Casa ( )	Teléfono de Celular ( )
Apellido:	Primer Nombre	Secundo Nombre:
Numero de Seguro Social:	Numero de Licencia	Fecha de Nacimiento:
Dirección/domicilio:		E-Mail Address:
Ciudad	Estado	Codigo Postal:
Sexo: Mujer Hombre	◇ Casada ◇ Biuda ◇ Soltera ◇ Minor ◇ Separada ◇ Divorziata ◇ Pareja por ____ años	
Nombre de Empleo/Escuela:		
Dirección de Empleo/Escuela:		
Ocupación	Numero de Teléfono de Empleo	
<b>Informacion Sobre El Garantor</b>		
Apellido:	Primer Nombre	Secundo Nombre:
Numero de Seguro Social:	Numero de Licencia	Fecha de Nacimiento:
Dirección/domicilio:		E-Mail Address:
Ciudad	Estado	Codigo Postal:
Sexo: Mujer Hombre	◇ Casada ◇ Biuda ◇ Soltera ◇ Minor ◇ Separada ◇ Divorziata ◇ Pareja por ____ años	
Nombre de Empleo/Escuela:		
Dirección de Empleo/Escuela:		
Ocupación	Numero de Teléfono de Empleo	
Como conose al paciente:		
<b>Seguranza</b>		
Una copia de su seguranza debe de estar en la oficina		
Contacto de emergencia:	Numero de Teléfono:	
Como supo de nuestro oficina?		
<b>Autorización</b>		
<b>Suelta del seguro</b>		
<p>Yo testigo que tengo seguro con _____ (Nombre de la compania de seguro) y le doy permiso directamente a Women's Care Specialists quien recibera todos los beneficios y pagos sobre los servicios que me han hecho. Tambien intiendo que yo tengo la responsabilidad de todos los cargos que no se pagan por mi compania de seguro. Yo do autorización con mi firma todos los envois a la compania de seguro. La compania amencionada puede usar my informacion medical para mandar a la compania de seguro para recibir los pagos para los servicios que me han hecho. Este autorizacion se terminara cuando se cumple mi tratamiento o cuando se pasa un año de la fecha de mi firma al siguiente.</p>		
<p>Medicare/Medigap Authorization Yo, autorizo proporcionar mi información médica que sea necesaria a la Social Security Administration (Administración de Seguro Social) o sus intermediarios para mi cobertura con Medicare. Estoy asignando el pago de los servicios a Women's Care Specialists.</p>		
_____	_____	
Firma de Paciente or Garantor	Fecha	
_____	_____	
Nombre de Paciente or Garantor	Fecha	