



## 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 leido La Polisa de **"Hill Country Maternal Fetal Medicine"** en financiamiento y estoy de acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente