



Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____
(Última) (Primero) (I.M.)

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ SS#: _____ - _____ - _____

Estado Civil (marca una): ___ Soltera ___ Casada ___ Viuda ___ Separada ___ Divorciada

Raza: ___ Caucásico/Blanco ___ Negro/Afroamericano ___ Hispana ___ Asiático ___ Nativo Americano
___ Otro ___ Rechazado/Diferido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: (___) _____ - _____ Teléfono Secundario: (___) _____ - _____

Empleador: _____

Teléfono de Trabajo: (___) _____ - _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (___) _____ - _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número de Teléfono: (___) _____ - _____
(Última) (Primero)

Relación con el Paciente: _____

Decatur Morgan Women's Healthcare está autorizada a divulgar cualquier información relacionada con esta cuenta a mi compañía de seguros o a terceros para el pago inmediato. Entiendo que esta oficina requiere el pago en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. En el caso de que mi seguro no satisfaga completamente el total adeudado, entiendo que soy responsable de cualquier/todos los saldos. Al firmar, reconozco que soy consciente de que cualquier cuenta 90 días antes de lo debido está sujeta a los procedimientos de cobro establecidos por esta oficina.

Firma del Paciente / Firma del tutor del Paciente: _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

HOJA DE INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
(Última) (Primero) (I.M.)

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Cualquier médico, personal, empleado o representante de Decatur Morgan Women's Healthcare tiene mi permiso para discutir mi cuenta y condiciones médicas que pueden incluir síntomas, tratamiento, diagnóstico, resultados de pruebas, medicamentos o cualquier tipo de información protegida con la siguiente(s) persona(s) con el fin de facilitar y coordinar mi atención, tratamiento y pago:

Nombre	Relación con el Paciente	Número de Teléfono

Entiendo que autorizar la divulgación de mi información a las personas mencionadas anteriormente es voluntario y no afecta mi acceso al tratamiento. Puedo liberarme para firmar este formulario. Puedo revocarlo escribiendo a Decatur Morgan Women's Healthcare o completando un nuevo formulario en cualquier momento. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la cambie o revoque. Entiendo que si la información se comparte con el individuo o individuos anteriores, puede estar sujeto a re-divulgación por parte de las personas.

Firma del Paciente / Firma del tutor del Paciente: _____

Fecha: _____