

ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA

*** ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA ***

NOMBRE _____ SOLTERA CASADA DIVORCIADA VIUDA
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 CORREO ELECTRÓNICO _____ SEXO M F
 N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL PARA CONTACTARLA _____ CELULAR _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ NSS _____/_____/_____
 EMPLEADOR DE LA PACIENTE _____ TELÉFONO TRABAJO _____
 DIRECCIÓN COMERCIAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 NOMBRE DEL CÓNYUGE _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO TRABAJO _____
 PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE URGENCIA _____ TELÉFONO _____
 ¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS? _____
 ¿ALGUNA ALERGIAS? Sí No SI RESPONDE SÍ, INDIQUE CUÁL(ES): _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR _____ RELACIÓN CON LA PACIENTE _____
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____ NSS _____/_____/_____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO TRABAJO _____
 NÚMERO ID _____ N.º GRUPO _____ N.º PLAN _____
 NOMBRE DE LA ASEGURADORA _____ COBERTURA FAMILIAR Sí No
 ¿TIENE COBERTURA DE SEGURO ADICIONAL? Sí No SI RESPONDE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

SEGURO SECUNDARIO/SUPLEMENTARIO

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR _____ RELACIÓN CON LA PACIENTE _____
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____ NSS _____/_____/_____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO TRABAJO _____
 NÚMERO ID _____ N.º GRUPO _____ N.º PLAN _____
 NOMBRE DE LA ASEGURADORA _____ COBERTURA FAMILIAR Sí No

AUTORIZO A QUIENES POSEEN MI INFORMACIÓN MÉDICA A DIVULGARLA A TERCEROS PAGADORES CON EL FIN DE DETERMINAR LOS BENEFICIOS PARA LOS SERVICIOS PRESTADOS. AUTORIZO A MI TERCER PAGADOR A PAGAR DIRECTAMENTE A VISALIA WOMEN'S SPECIALTY MEDICAL GROUP, INC. PERMITO QUE SE USE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN COMO DOCUMENTO ORIGINAL.

AUTORIZO A LOS MÉDICOS Y AL PERSONAL DE VISALIA WOMEN'S SPECIALTY MEDICAL GROUP, INC. A ADMINISTRAR TRATAMIENTO MÉDICO, EXCEPTO EN CASO DE URGENCIA MÉDICA. SE LE PODRÍA NEGAR EL SERVICIO A CUALQUIER PACIENTE O TUTOR QUE SE NIEGUE A LLENAR Y FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO. HE LEÍDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES ANTES MENCIONADAS.

Verifico que la información antes indicada es correcta.

_____	_____
FIRMA	FECHA
_____	_____
FIRMA	FECHA
_____	_____
FIRMA	FECHA
_____	_____
FIRMA	FECHA

_____	_____
FIRMA	FECHA
_____	_____
FIRMA	FECHA
_____	_____
FIRMA	FECHA
_____	_____
FIRMA	FECHA