

**MT HOOD WOMEN'S HEALTH PC  
REGISTRO DE LA PACIENTE**

Nombre de la Paciente \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ Estado Marital: S C V D Sep.

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ #de licencia \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

A cuál tel. quiere Ud. que le hablemos para recordarle de su cita? \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Título de su posición profesional \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Nombre de esposo \_\_\_\_\_ Nombre de la persona que le refirió aquí \_\_\_\_\_

Nombre del firmante en la seguridad: \_\_\_\_\_ Relación con la paciente: \_\_\_\_\_

**ATENCION: Si la paciente no es el firmante, no es necesario llenar el resto de esta area sombreado**

Fecha de nacimiento del firmante \_\_\_\_\_ SS # del firmante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**Seguranza Primaria** \_\_\_\_\_

**Seguranza Secundaria** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

Nombre del firmante \_\_\_\_\_

Nombre del firmante \_\_\_\_\_

Médico Primario \_\_\_\_\_

Médico Primario \_\_\_\_\_

**\*Responsabilidad del paciente de indicar laboratorio y hospital : (escoja uno)**  
**Mt. Hood MC / Providence MC / otro:** \_\_\_\_\_

**\*Responsabilidad del paciente de indicar laboratorio y hospital : (escoja uno)**  
**Mt. Hood MC / Providence MC / otro:** \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**(Favor de escoger a alguien que no sea ya alistado arriba)**

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Por lo presente yo asigno a MT HOOD WOMEN'S HEALTH PC todos los beneficios de seguridad debidos para los servicios proveídos. Yo entiendo que yo soy responsable por el saldo deudor según mi compañía de seguridad y que soy totalmente responsable por esos servicios que no sean un beneficio cubierto por mi plan de seguridad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ 5-05