

**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