

Información de Paciente

Nombre de Paciente: _____
Apellido Primer Medio

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de telefono de casa: (____) ____ - _____

TX Licencia de conducir #: _____ Número Social de Paciente: _____

Empleador: _____ Número de trabajo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número social del asegurado: _____ Relación: _____

Empleador del asegurado: _____ Número de trabajo: (____) ____ - _____

Primario Compania de seguros: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: (____) ____ - _____ Número de póliza: _____

Numero del grupo: _____ Verificacion de teléfono: (____) ____ - _____

Secundario compania de seguros: _____

Direccion: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____ Numero de póliza: _____

Número del grupo: _____ Verificacion de teléfono: (____) ____ - _____

Relativo mas cercano: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____

Amigo/a mas cercano/a: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____

Enviada por: _____

MEDICAL RELEASE ASSIGNMENT

I HEREBY AUTHORIZE ADVANTAGE WOMEN'S CARE AND DR. JENNIFER NGUYEN TO FURNISH INFORMATION TO MY INSURANCE COMPANY CONCERNING MY ILLNESS AND TREATMENTS. I HEREBY ASSIGN ALL OF THE BENEFITS TO BE PAYABLE FOR SERVICES RENDERED FOR MYSELF OR MY DEPENDENTS. I UNDERSTAND I AM RESPONSIBLE FOR ANY AMOUNT NOT COVERED BY MY INSURANCE. THIS ASSIGNMENT IS EFFECTIVE UNTIL REVOKED IN WRITING BY ADVANTAGE WOMEN'S CARE. ANY PHOTOCOPY OR FASCIMILE/ELECTRONIC TANSMISSION OF THIS DOCUMENT SHALL BE CONSIDERED AS VALID AS THE ORIGINAL.

FIRMA: _____ RELACIÓN A PACIENTE: _____

TESTIMONIO: _____ FECHA: _____