

# ATLANTA GYNECOLOGY & OBSTETRICS, P.C.

Fecha		<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>			Número del paciente	
Apellido		Nombre	In. 2.º Nom.	Fecha de nac.	Edad	
Dirección			N.º Apto.	N.º Seguro Social		
Ciudad			Estado	Código postal		
Raza	Etnia	Religión	Idioma	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Nombre preferido	Identidad de género actual <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre trans./Trans. masc./FTM <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Mujer trans./Trans. fem./MTF <input type="checkbox"/> Identidad diferente: Indique cuál _____					
Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	Pronombres <input type="checkbox"/> Él/suyo/de él <input type="checkbox"/> Ella/suya/de ella <input type="checkbox"/> They/them/theirs <input type="checkbox"/> Ze/zir/hir <input type="checkbox"/> De otra forma que no se indica _____			Género en el plan del seguro <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Empleo(a) <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> T. completo <input type="checkbox"/> Medio T. <input type="checkbox"/> Ninguno Estudiante: <input type="checkbox"/> T. completo <input type="checkbox"/> Medio T.		Nombre del empleador o la escuela		Cargo		
Nombre del cónyuge		N.º Seguro Social	Fecha de nac.	Teléfono laboral	Cargo	
Empleador del cónyuge						

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de la compañía de seguros principal	N.º Id.	Empleador de la persona asegurada		N.º grupo		
Nombre del titular de la póliza		Fecha de nac.	N.º Seguro Social	Relación con el paciente		
Nombre de la compañía de seguros secundario	N.º Id.	Empleador de la persona asegurada		N.º grupo		
Nombre del titular de la póliza		Fecha de nac.	N.º Seguro Social	Relación con el paciente		

## OTRA INFORMACIÓN

Indique cualquier alergia						
Farmacia preferida				Número de teléfono		
En caso de emergencia, llamar a:			Relación con el paciente		Teléfono	
Médico de atención primaria (PCP)				Teléfono del PCP		

¿Cómo supo de nuestro consultorio?  Amigo  Sitio web  Cartel exterior  Otro: \_\_\_\_\_

<p><b>Autorización para divulgar información</b>          Por el presente, autorizo a Atlanta Gynecology &amp; Obstetrics, P.C. a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones del seguro y certifico que la información anterior es correcta.</p> <p>_____          Firma (Paciente)</p>	<p><b>Autorización para pagar los beneficios</b>          Por el presente, autorizo y cedo el pago directo a Atlanta Gynecology &amp; Obstetrics, P.C. de los beneficios médicos y quirúrgicos. Comprendo que soy responsable financieramente por los cobros no cubiertos por esta cesión.</p> <p>_____          Firma (Paciente o persona responsable)</p>
--	---

**Hogar:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Autorizo a Atlanta Gynecology & Obstetrics, P.C. a enviar información médica relacionada con mi atención por los siguientes medios y asumiré la responsabilidad de informar cuando sea que esta información cambie.**

**Punto de contacto preferido al que se pueden enviar mensajes:**  Hogar  Trabajo  Celular  Correo electrónico

**Indique el nombre de la persona con la que podemos analizar su atención médica hasta su revocación por mi parte y hasta que se llene un nuevo formulario de información del paciente.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ (Paciente/padre/madre/tutor legal) Fecha: \_\_\_\_\_