



**Omni Womens Health Medical Group, Inc.**  
**REGISTRO DEL PACIENTE** (LETRA IMPRENTA POR FAVOR)

|                                 |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|
| <b>INFORMACION DEL PACIENTE</b> | Nombre del Paciente:   | S.S.#:                                       |  |
|                                 | Fecha de Nac.:                      Edad:    Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viu <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep |  |  |
|                                 | Domicilio Personal:  | Ciudad:                      Condigo Postal: |  |
|                                 | Teléfono Personal:   | Teléfono del Trabajo:                        |  |
|                                 | Empleador:   | Ocupación:                                   |  |
|                                 | Domicilio del Trabajo:   |  |  |
|                                 | Número Telefónico de Emergencia Distinto del Personal:   | Relación:                      Nombre:       |  |

|  |                        |                                 |                |
|--|------------------------|---------------------------------|----------------|
| <b>INFORMACION DEL CONYUGE RESPONSABLE</b> | Persona Responsable:   | S.S.#:                          |                |
|  | Domicilio:             | Teléfono Personal:              |                |
|  | Empleador:             | Ocupación:                      | Fecha de Nac.: |
|  | Domicilio del Trabajo: | Número de Licencia de Conducir: |                |
|  | Teléfono del Trabajo:  | S.S.#:                          |                |
|  | Nombre del Cónyuge:    | Ocupación:                      | Fecha de Nac.: |
|  | Empleador del Cónyuge: |                                 |                |
| Domicilio del Trabajo:                     | Teléfono del Trabajo:  |                                 |                |

|  |                           |                       |
|--|---------------------------|-----------------------|
| <b>INFORMACION DEL SEGURO</b>                                      | <b>Seguro Principal:</b>  |                       |
|  | Compañía:                 | Nombre del Subscrito: |
|  | Domicilio:                | Número del Subscrito: |
|  |                           | Grupo #:              |
|  | <b>Seguro Secundario:</b> |                       |
|  | Compañía:                 | Nombre del Subscrito: |
|  | Domicilio:                | Número del Subscrito: |
|  | Grupo #:                  |                       |
| Nombre de su Médico de Cabecera:                                   |                           |                       |
| ***Por favor, enseñe sus tarjetas de seguro a la/el recepcionista. |                           |                       |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>CONSENTIMIENTO</b> | Por la presente autorizo al médico de guardia para darme tratamiento médico o quirúrgico en el cuidado de mi salud o he sido debidamente autorizado por el paciente como su agente general para dar consentimiento para tal tratamiento. Por este medio doy consentimiento para liberar información médica a los médicos consultados y demás personal médico, como sea requerido para dar el tratamiento. Comprendo que yo soy económicamente responsable hacia la oficina mencionada arriba por los servicios prestados. En el evento de cobro, yo seré responsable por cualquier tarifa legal incurrida. |
|-----------------------|--|

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AUTORIZO</b> | El/la doctor/a tiene interés en Omni Women's Health Laboratorio Médico y Ultrasonido. Para su conveniencia, usted, o la muestra que usted trae puede ser dirigida a alguna de esas áreas. Si tiene preguntas por favor notifique al director de la oficina. |
|-----------------|---|

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>CONSIGNA</b> | Por la presente autorizo el pago directamente al médico de turno por cualquiera de los beneficios médicos / quirúrgicos que me corresponden bajo las condiciones de mi póliza por los servicios prestados. Por este medio doy consentimiento para facilitar al personal autorizado información financiera y médica con respecto a cuidados, tratamientos y cargos que sean requeridos para completar todos los reclamos de beneficios. |
|                 | ¿Cómo fue referido a nuestra oficina? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Guía Telefónica <input type="checkbox"/> Lista de Seguro <input type="checkbox"/> Otro<br>¿A quién debemos agradecer por referirlo/a _____  |

Firma del Paciente \ Persona Responsable

Fecha