

KRISTINA SOGOCIO, M.D. OBSTETRICS & GYNECOLOGY

360 E. Yosemite Avenue, Suite 300 · Merced, California 95340

Telephone: (209)723-6624 Fax: (209)723-3877

FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha ____/____/____ Numero de Telefono _____ Numero de Trabajo _____ Celular _____

Nombre _____ Seguro Social _____
Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____ Ciudad _____Codigo Postal _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Soltera Casada Divorciada Viuda

Empliado _____ Ocupacion _____

A quien le daremos las gracias por referred la? _____

Persona de contacto en caso de emergencia? _____ Numero de Telefono _____

SEGURO PRIMARIO

Persona Responsable de su cuenta (si no es la paciente) _____
Apellido _____ Nombre _____

Domicilio(si es diferente de la paciente) _____ City _____ Zip _____

Telefono _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Empliado _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____

del Subscridor/ Miembro _____ # del Grupo _____

Tiene otro seguro? No SI - Si contesto que si, porfavor de llenar el otro lado de esta forma.

ASIGNACION Y AUTORIZACION

ACUERDO FINANCIERO, ASIGNACION DE BENEFICIOS Y AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO:

Autorizo por este medio al medico arriba nombrado a lanzar cualquier informacion adquirida en el curso de mi examinacion o tratamiento a la compania de seguro nombrada asta el fin de la facturacion. Tambien autorizo el lanzamiento de la informacion a mi empliado si esto es un problema relacionado con mi trabajo. Autorizo el pago directamente al medico arriba nombrado de cualquier beneficio medico de otra manera pagadera a mi para sus servicios, pero no exceder ninguna carga razonable y acostumbrada para estos servicios. Se entiende que cualquier dinero recibido de la compania de seguro superior a cualquier endeudamiento sera consolidado a mi cuando mi cuenta se pague por complete. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas no cubiertas por esta autorizacion. Autorizo al medico arriba nombrado a realizar esos procedimientos de diagnostico y/o para tratar mi enfermedad medica actual. Hago esta autorizacion con el conocimiento que el medico arriba nombrado describira verbalmente la naturaleza de los procedimientos, dichos en terminologia puesta. Incluyendo complicaciones y efectos secundarios posibles y obtenga el conosentimiento verbal antes de procedimientos. Conservo el derecho de rechazar cualquier procedimiento, de diagnostico o terapeutico, despues de ser informado de su naturaleza, las complicaciones y los efectos secundarios.

ENTIENDO QUE LA FALTA DE PAGAR MI CO-PAGO AL TIEMPO DEL SERVICIO DARA LUGAR A UN CARGO ADMINISTRATIVO ADICIONAL.

Firma

Relacion al Paciente

Fecha

SEGURO ADICIONAL

Persona Responsable de su cuenta (si no es la paciente) _____

Apellido

Nombre

Domicilio(Si diferente de la paciente) _____ City _____ Zip _____

Telefono _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Empleado _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____

del Subscridor/ Miembro _____ # del Grupo _____