



San Diego Fertility Center

Registro del Paciente

Información de Registro (favor de escribir legible)

Nombre del Paciente _____ (favor de anotar el nombre que desea utilizar en sus formularios médicos y legales)

Fecha de nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____ Edad _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Ocupación _____ # de licencia de manejo _____

Empleador _____ Domicilio _____

Nombre de Pareja _____ Fecha de nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____

Empleador de Pareja _____ Ocupación _____

Información de contacto

Esta bien dejar mensaje en el número de abajo?

Teléfono de casa _____

S N

Teléfono de empleo _____

S N

Celular _____

S N

Teléfono de Pareja _____

S N

Correo electrónico del Paciente _____

Dirección de SKYPE _____

Contacto de emergencia _____

(Por favor recuerde, mensajes por correo electrónico son enviados vía internet y su seguridad no puede ser garantizado)

Información de referencia

Donde escucho de nuestra oficina? _____

Medico de referencia _____

Otro Médico que le recomendó SDFC? _____

Que le causo buscar los servicios de SDFC? _____

Autorización

Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos, estén o no cubiertas por mi compañía de seguros.

Asignación

Yo permito el pago directamente al centro para cualquier beneficio por servicios prestados.

Expedientes Médicos:

Autorización de expedientes se concede para los fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud en relación con los servicios proporcionados en SDFC.

Otra petición específica de que se libere su historial médico debe ser hecha por escrito y mantenerse en SDFC.

SDFC ha publicado una copia de las Normas de Privacidad, se suministra una copia a petición.

Firma _____ Fecha _____