

Susan Fox, D.O.  
F.A.C.O.O.G.

Natalya Medrano, M.D.  
F.A.C.O.O.G

Dr.  
**SUSANFOX'S**  
center for women

Office: (305) 595-6488

Susan Fox, DO, FACOOG

Laura Briz, ARNP

Natalya Medrano, MD, FACOG

Fax: (305) 595-3532

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Razón de la visita?  Visita Anual  Embarazo  Problema Ginecológico  Otra? \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

Nombre Del Seguro: \_\_\_\_\_ Miembro ID: \_\_\_\_\_

Nombre Del Aseguro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Usted tiene la Declaración de Avance Medico?  SI  NO “SI necesita proveer una copia a SF OB-GYN”

Una Directiva De Avance Medico son las instrucciones que su médico debe saber en caso de que usted pierda la habilidad de hacer sus propias decisiones. Un avance medico por ejemplo es un testamento médico. En cualquier acontecimiento que usted desea hacer una Directiva De Avance Medico, usted debe informarle a su médico o hospital donde usted recibe sus servicios médicos de la existencia de este documento.

**CONSENT:**

Yo estoy de acuerdo que el medico deje los resultados de los exámenes NORMALES en mi teléfono:  SI  NO

En caso no estoy disponible, Yo autorizo que de la información a: \_\_\_\_\_

Yo he llenado esta forma y certifico que soy el paciente o el agente debidamente autorizado a proveer la información solicitada Entiendo que aunque puedo tener ciego tipo de Seguro, soy responsable del pago y que el pago es pagado en el día que recibo el servicios. Yo entiendo que si tengo un seguro HMO, es necesario que yo traiga un referido en el día de la visita. Autorizo la liberación de la hoja clínica, información, o de los registros referentes a mi diagnósticos y tratamiento de SF OB-GYN. Puedo ser requerido verificar o explicar las demandas de seguro archivadas, y autorizo el pago directo a SF OB-GYN, y permito una copia de esta autorización de ser utilizada en el lugar de la original. Esta autorización continuará en efecto hasta ser revocada por mí, por escrito. Si tengo Medicare, ruego que el pago de beneficios autorizadas por Medicare se hecho a mí en favor de PWHW-OB/GYN para cualquier servicio hecho para mí y por el médico o surtidor.

Firma Del Paciente o de la Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_