

DALLAS WOMEN'S HEALTHCARE SPECIALISTS P.L.L.C.

INFORMACION AL PACIENTE				
NOMBRE		DIRECCION		
CIUDAD, ESTADO	Z.P	TELEFONO	CELULAR	
FECHA DE NACIMIENTO		SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA	
EMPRESA DONDE TRABAJA		DIRECCION DEL TRABAJO		TELEFONO DEL TRABAJO
PARTES RESPONSIBLE (GARANTE)		RELACION AL PACIENTE:		
NOMBRE		DIRECCION		
TELEFONO	CELULAR	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEO
INFORMACION DE SEGURO				
COMPANIA DE SEGURO			TELEFONO	
NUMERO DEL GRUPO	NUMERO DE IDENTIFICACION	EMPLEO	TELEFONO DE EMPLEO	
SEGURO SECUNDARIO			TELEFONO	
NUMERO DEL GRUPO	NUMERO DE IDENTIFICACION	EMPLEO	TELEFONO DE EMPLEO	
DOCTOR PRIMARIO		QUIEN LA REFIRIO AL DOCTOR		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAME		RELACION	TELEFONO	

**YO AUTORIZO QUE EL SEGURO PAGUE DIRECTAMENTE A MI DOCTOR. YO ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSIBLE POR MIS GASTOS MEDICOS. NO IMPORTA EL ESTADO DE CUENTA CON MI COMPANIA DE SEGURO. YO DOY PERMISO A MI MEDICO DE ENVIAR A MI SEGURO QUALQUIER INFORMACION MEDICO QUE SEA NECESARIO PARA COLECTAR PAGOS POR MIS GASTOS MEDICOS.**

FIRMA	FECHA
-------	-------

Autorizacion para divulgacion de informacion medica			
Nombre		Direccion	
Ciudad, Estado	Z.P	Telefono	Celular
Fechas de servicio			
<input type="checkbox"/> Informacion NO debe ser entregada a cualquier persona			

Divulgacion de informacion	
Yo entiendo que	
<ul style="list-style-type: none"> <li>una vez que "esta instalacion", describe la informacion de mi salud por mi solicitud, no se puede garantizar que el Receptor no volvera a divulgar mi informacion de salud a un tercero. El tercero no puede ser obligado a acatar esta Autorizacion o las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgacion de mi informacion de salud</li> <li>mis expedientes estan protegidos y no pueden ser divulgados sin el permiso escrito</li> <li>Esta divulgacion de informacion se mantendra en efecto hasta que sea terminado por mi por escrito.</li> </ul>	
FIRMA	FECHA