



Specialty Obstetrics of San Diego
3750 Convoy Street, Suite 200
San Diego, CA 92111

REGISTRO DEL PACIENTE

FECHA ____/____/____

NOMBRE ____/____/____
Primero Segundo Apellido Fecha de nacimiento

NOMBRE DE SOLTERA _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO _____
Dirección /P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

TELÉFONO _____ ALTERNO TELÉFONO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

OCUPACIÓN DEL PACIENTE _____ PATRÓN _____

SEGURIDAD SOCIAL ____-____-____

RAZA: ☐ AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE ☐ ASIAN ☐ BLACK OR AFRICAN AMERICAN ☐ NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER ☐ WHITE ☐ OTHER	ETHNICITY: ☐ HISPANIC / LATINO ☐ NON-HISPANIC / LATINO NACIONALIDAD: _____ LENGUA PRINCIPAL: _____
---	---

HESPOSO/HESPOSA ____/____/____
Primero Segundo Apellido Fecha de nacimiento

OCUPACIÓN DEL HESPOSO/HESPOSA _____ PATRÓN _____

SEGURO SOCIAL # ____-____-____ (SOLO PARA SEGURO TRICARE)

CONTACTO DE EMERGENCIA _____
RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

MÉDICO REFERENTE _____
¿COMO SÚPO ACERCA DE NOSOTROS? _____

FARMACIA PREFERIDA _____ TELÉFONO _____

*** Por favor, complete todo este formulario, si es posible. Esta información se utilizará no solo para la información de registro, sino también para fines de registro y facturación del paciente. Muchas gracias por su tiempo.***



ASEGURANZA DEL PACIENTE

ASEGURANZA: SÍ [] NO []

COMPAÑÍA DE SEGURO _____

NOMBRE DEL SUPSCRITOR _____

RELACIÓN CON EL SUPSCRITOR:

- ☐ YO MISMO
- ☐ CÓNYUGE
- ☐ DEPENDIENTE

NUMERO DE ASEGURANZA # _____ GRUPO # _____

DIRECCIÓN _____
Dirección /P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

SEGUNDA ASEGURANZA: SÍ [] NO []

COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

NOMBRE DEL SUPSCRITOR: _____

RELACIÓN CON EL SUPSCRITOR:

- ☐ YO MISMO
- ☐ CÓNYUGE
- ☐ DEPENDIENTE

NUMERO DE ASEGURANZA # _____ GRUPO # _____

DIRECCIÓN _____
Dirección /P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

I authorize the release of any medical information necessary to process medical insurance claims for services rendered. I authorize and request medical insurance benefits to be paid directly to Specialty Obstetrics of San Diego.

FIRMA _____ FECHA ____/____/____

***** Por favor, complete todo este formulario, si es posible. Esta información se utilizará no solo para la información de registro, sino también para fines de registro y facturación del paciente. Muchas gracias por su tiempo.*****



RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Es responsabilidad del paciente proporcionar información actualizada sobre el seguro, el nombre, la dirección y los cambios telefónicos. Por favor, proporcione cambios en la recepción antes de cualquier visita o prueba. Es responsabilidad del paciente consultar con su seguro para asegurarse de que los proveedores de Specialty Obstetrics of San Diego estén participando en su plan de salud.

COPAGO Y DEDUCIBLE:

Usted es responsable de su copago el día en que se presta el servicio. Si tiene un plan de salud, como cortesía, les enviaremos un reclamo por el servicio prestado. No se otorgarán descuentos por copago, coseguro y deducibles.

Inicial: _____

SERVICIOS NO CUBIERTOS:

Si le proporcionamos servicios que no están cubiertos por su plan de salud, usted será responsable del pago total de esos servicios. Su firma, a continuación, constituye un acuerdo para pagar por dichos servicios..

Inicial: _____

NO SEGURO:

El pago completo se espera el día en que se presta el servicio.

ARREGLOS DE PAGO Y PLANES DE PAGO:

El pago puede hacerse en efectivo, cheque, Visa, MasterCard o American Express. Los planes de pago deben hacerse con el departamento de facturación por adelantado.

TARIFAS DE CARGO DE SERVICIO:

Se aplicará una tarifa de cargo por servicio a su cuenta por los siguientes motivos::

1. Se cobra una tarifa de \$ 30.00 por todas las citas perdidas o cancelaciones a menos que se reciba un aviso con un mínimo de 24 horas de anticipación
2. Se cobra una tarifa de \$ 25.00 por cheques de devolución. Cuando ocurra un segundo cheque devuelto, el paciente será responsable de tres (3) veces el monto del cheque o \$100.00, lo que sea mayor.

X _____ Por favor, coloque sus iniciales aquí después de leer arriba

COLECCIONES:

Si es necesario asignar su cuenta a una agencia de cobro, usted será responsable de todos los honorarios y costos de nuestra agencia de cobro. Además, lo despediremos de la práctica médica. Nos complace discutir con usted cualquier pregunta relacionada con la información anterior. Le agradecemos por elegir Specialty Obstetrics of San Diego. Estamos orgullosos de ser sus médicos.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____



AVISO A LOS CONSUMIDORES

Title 16, California Code of Regulations, section 1355.4 es informar a los consumidores dónde ir para obtener información o con una queja sobre los médicos de California.

Los médicos, incluidos el Dr. David Dowling, la Dra. Yvonne Gollin, la Dra. Jennifer Ahn y la Dra. Michelle Nguyen están autorizados y regulados por la Junta Médica de California.

Para obtener información, llame al: (800) 633-2322

O visite su sitio web: www.mbc.ca.gov

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____



RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. Tiene derecho a revisar el Aviso antes de firmar este formulario. Según lo dispuesto en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por este acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en nuestro Aviso. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos realizado divulgaciones en función de su consentimiento previo.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____