

# Women's Health Center of Clarksville

Dr. Lisa McIntosh, MD FACOG & Dr. William McIntosh, MD FACOG

## Información para el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número de Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### SEGURO DE PRIMARIA (si TRICARE - por favor especificar el primer servicio activo o Estándar o Retirado)

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_  
Póliza / ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular principal de este seguro: \_\_\_\_\_  
Relación del paciente con el titular de la póliza (marque uno): Self \_\_\_\_\_ Spouse \_\_\_\_\_ Child \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección del titular de la póliza si es diferente del paciente: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

### SEGURO DE SECUNDARIA (si TRICARE - por favor especificar el primer servicio activo o Estándar o Retirado)

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_  
Póliza / ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular principal de este seguro: \_\_\_\_\_  
Relación del paciente con el titular de la póliza (marque uno): Self \_\_\_\_\_ Spouse \_\_\_\_\_ Child \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección del titular de la póliza si es diferente del paciente: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Por favor, lea los términos y condiciones siguientes:

- Todas las cantidades de copago, deducible y coaseguro son de colección y se espera que se pagará en el momento de recibir los servicios.
- Entiendo que cualquier balance después aseguradora aprueba o rechaza el pago es mi responsabilidad pagar, incluyendo las cantidades pendientes de pago por un seguro secundario o suplementario.
- Después de 90 días, todas las cuentas pendientes de pago se enviará a una agencia de colección para su liquidación. Después de que una cuenta ha ido a la colección, los honorarios adicionales se aplican.
- No cumplir con este acuerdo financiero puede / podría resultar en la reprogramación de los servicios y / o la terminación de la práctica.
- Después de dos o más citas perdidas sin 24 horas de aviso de cancelación pueden dar lugar a ninguna tarifa de espectáculos y / o la terminación de la práctica.

\* Al firmar abajo, doy mi consentimiento para la lectura, la comprensión y el acuerdo con todos los términos y condiciones del presente acuerdo, reconoce que toda la información anterior es correcta y dar el Centro de Salud de la Mujer de Clarksville permiso para presentar mi seguro personal. También entiendo que es mi responsabilidad de conocer y comprender mi póliza de seguro personal y beneficios.

Aviso de prácticas de privacidad

\* Yo reconozco que he recibido una copia del Centro de Salud de la Mujer de Clarksville Aviso de prácticas de privacidad (ver adjunto).

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_