



Holistic Ob/Gyn

Forma de Registracion

Fecha: _____

Correo Electronico: _____

Informacion de el Paciente

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Edad
Fecha de Nacimiento:	Telefono	Social Security #:	Estado Civil <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda
Direcion:	Ciudad	Estado	Zip Code
Direcion de Empleo:	Ciudad	Estado	Zip Code
Telefono del empleo:	Referida por: <input type="checkbox"/> Dr Tejeda/Dr Leon Wong/Dr Makkar/ <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Pagina de internet <input type="checkbox"/> Otra persona: _____	<input type="checkbox"/> Ocupacion: <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Retirada <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Zocdoc

Informacion de Seguro

No tengo Seguro

Persona responsable por la cuenta:	<input type="checkbox"/> Yo misma <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre/Madre		
Fecha de Nacimiento:	Telefono	Social Security #:	Tienes seguro? Cual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Direcion: <i>(si diferente a arriba)</i>	Ciudad	Estado	Zip Code
Direcion de Empleo:	Ciudad	Estado	Zip Code
# de Poliza	# de Grupo	Co-Pago	<input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Amerihealth <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Empire <input type="checkbox"/> GHI <input type="checkbox"/> Horizon BCBS <input type="checkbox"/> Magnacare <input type="checkbox"/> Oxford <input type="checkbox"/> Qualcare <input type="checkbox"/> UHC Community Plan <input type="checkbox"/> UHC Other <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> Horizon NJ Health <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Qualcare <input type="checkbox"/> Aetna Better Health <input type="checkbox"/> Otro: _____

Nombre de Farmacia	Telefono de Farmacia
--------------------	----------------------

En Caso de Emergencia

Nombre 1	Telefono	Que relacion tienen?
Nombre 2	Telefono	Que relacion tienen?

La informacion arriba es verdadera hasta donde tengo conocimiento. Autorizo a mi beneficios de seguro se pague directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo Holistic Ob/Gyn, LLC, Gentle Birth Midwives, LLC, Clifton Ob/Gyn, LLC y Asociados, BioReference, LabCorp y el seguro para procesar toda la información necesaria para procesar mis reclamos de pago. Entiendo que si no tengo seguro hay costos de Laboratorio que soy responsable en un 30%. Mi seguro puede que mande cheques a mi casa por procedimientos de visitas medicas, si no los entrego a la oficina apropiada se elevaria a un costo agregado del 45% mas la deduda, que seria para cubrir los costos del abogado y agencia de coleccion; afectando mi credito.

Paciente/Guardian: **X** _____

Fecha: _____