



Women's Healthcare Partners
Gynecology and Gynecologic Surgery

A MANA Clinic

REGISTRO DE PACIENTES

www.mana.md

Internal Use Only



Información del paciente – Por favor escriba con letra de imprenta

Nombre del paciente _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Dirección _____ Apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____
 Dirección de correo electrónico _____
 Empleador _____ Número de teléfono del trabajo _____
 Marque uno por favor: Casado(a) Soltero(a) Parejo(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
 Quién es su médico general _____
 Farmacia preferida _____ Lugar _____

Información de padre o madre (para menores) o de esposo

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Empleador _____ Dirección _____ Número de teléfono _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Paciente o amigo que no vive con Ud.

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____
 Número de teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

REFERIDO

If you are a new patient, how did you hear about the clinic or physician?

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> Recomendado por amigo o familiar | 08 <input type="checkbox"/> Periódico o Revista |
| 02 <input type="checkbox"/> Washington Regional Medical Center | 09 <input type="checkbox"/> Empleador |
| 03 <input type="checkbox"/> Guía telefónica/ Páginas amarillas telefónicas | 10 <input type="checkbox"/> el Internet o el sitio Web de la clínica |
| 04 <input type="checkbox"/> Mandada por otro médico _____ | 11 <input type="checkbox"/> La vi de la calle / ubicación de la clínica |
| 05 <input type="checkbox"/> Guía de planes de seguro | 12 <input type="checkbox"/> Otro lugar: Lstelo por favor _____ |
| 06 <input type="checkbox"/> Comité de Bienvenida o Cámara de Comercio | 13 <input type="checkbox"/> Tratada por médico en el hospital |
| 07 <input type="checkbox"/> Feria de Salud de su compañía o comunidad | 14 <input type="checkbox"/> Paciente retornado/ No aplica |

PERSONA QUE ES RESPONSABLE PARA EL

Yo/ Mi esposo (sáltese a la próxima sección) O: (Liste padre, madre, tutor legal, u otro)

Parte de responsabilidad _____ Fecha de nacimiento _____
 Relación al paciente _____ Número de Seguro Social _____ Número de teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

→ → Llenar el dorso del formulario, por favor → →

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Por favor dé una copia de su tarjeta de seguro a la recepcionista

MEDICARE No. de Medicare _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de entrada en vigencia _____

Pido que los beneficios autorizados por Medicare sean pagados a mi o en mi nombre a Medical Associates of Northwest Arkansas para los servicios me proveídos a mi por eso proveedor de salud. Autorizo que alguien que tiene información medico de mi pueda dar al Center for Medicare and Medicaid y sus agentes cualquier información que necesitan para determinar los beneficios que merito para servicios relacionados.

SEGURO PRIMARIO _____

Número de identificación _____ GP# _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ Relación con el asegurado: Yo Esposo Hijo Hijastro Otro

SECONDARY INSURANCE _____

Número de identificación _____ GP# _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ Relación con el asegurado: Yo Esposo Hijo Hijastro Otro

AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ACUERDO FINANCIERO

Yo por la presente autorizo que Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA) le de a mi(s) compañía(s) de seguro toda la información sobre mi caso que requieren, y por la presente asigno a los médico(s) todos los pagos para servicios médicos que me han dado.

Yo comprendo que tengo la responsabilidad de pagar todo que no paga el seguro. Acepto pagar cualquier pago compartido y cantidad debida al tiempo de recibir los servicios.

Firmado _____ Fecha _____

CONFIRMACIÓN DE PATIENT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

He recibido una copia de la Patient Notice of Privacy Practices de Medical Associates of Northwest Arkansas.

Firma _____ Fecha _____

Si este formulario de confirmación fue completado por un representante personal, un tutor, o un padre, por favor escriba con letra de imprenta su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, y relación con el paciente aquí:

Si quiere autorizar que la clínica MANA le dé su información a **un familiar, un esposo, o un representante personal**, por favor complete un **Individual Authorization Form**, que es proveído por la recepcionista.