

**WESTERN DUPAGE OBSTETRICS  
& GYNECOLOGY, S.C.  
REGISTRACION 2014**

| <b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>    |               |            |                                   |   |  |              |
|------------------------------------|---------------|------------|-----------------------------------|---|--|--------------|
| Apellido(s):                       |               | Nombre(s): |                                   | <input type="checkbox"/> Sra.   | <input type="checkbox"/> Srta.         | Estado civil |
|                                    |               |            |                                   | Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> |  |              |
| Fecha de Nacimiento:<br>MM/DD/AA   | Edad:<br>Años |            |                                   |   |  |              |
| Dirección:                         |               |            | Teléfono:<br>(    )               |   | Teléfono alternativo:<br>(    )        |              |
| Caja postal:                       | Ciudad:       |            | Estado:                           |   | Código postal:                         |              |
| Ocupación:                         | Empleador:    |            |                                   | Teléfono de su trabajo:<br>(    )   |  |              |
| Referida por :                     |               |            | <input type="checkbox"/> Dr.      |   | <input type="checkbox"/> Seguro Médico |              |
| <input type="checkbox"/> Familiar  |               |            | <input type="checkbox"/> Amiga(o) |   | <input type="checkbox"/> Otro          |              |
| Pacientes que sean sus familiares: |               |            |                                   |   |  |              |

| <b>SEGURO MEDICO</b>   |                                  |                                 |                                 |                                   |                                |
|--|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <b>(Por favor muestre su tarjeta de cobertura a nuestra recepcionista)</b>   |                                  |                                 |                                 |                                   |                                |
| Persona responsable por su cobertura:  | Fecha de Nacimiento:<br>DD/MM/AA | Dirección (Si es diferente):    |                                 | Teléfono:                         | Celular    Casa                |
|  |                                  |                                 |                                 | (    )                            |                                |
| La persona es Paciente de Western DuPage: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                    |                                  |                                 |                                 |                                   |                                |
| Ocupación:   | Empleador:                       | Dirección de empleo:            |                                 | Teléfono de su trabajo:<br>(    ) |                                |
| Tiene cobertura médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pago propio |                                  |                                 |                                 |                                   |                                |
| <b>SEGURO MEDICO</b>   |                                  |                                 |                                 |                                   |                                |
| Compañía Proveedor:  |                                  | Cobertura empezó: ___/___/___   |                                 |                                   |                                |
| Persona que posee su cobertura:  | Seguro Social:                   | Fecha de Nac:                   | # de Grupo:                     | # de Póliza:                      | Co-pago<br>\$                  |
| Relación:  |                                  | <input type="checkbox"/> Propia | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hija     | <input type="checkbox"/> Otra: |
| Seguro secundario (Si existe):   |                                  | Persona que posee su cobertura: |                                 | # de Grupo:                       | # de Póliza:                   |
| Relación:  |                                  | <input type="checkbox"/> Propia | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hija     | <input type="checkbox"/> Otra: |

| <b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>   |           |                     |                                 |
|--|-----------|---------------------|---------------------------------|
| Nombre:  | Relación: | Teléfono:<br>(    ) | Teléfono Alternativo:<br>(    ) |
| <p>Por medio de la presente, declaro que esta información es correcta. Autorizo que mis servicios sean cobrados por esta clínica. Entiendo que soy ultimadamente responsable por el balance de mi cuenta en caso de que ciertos beneficios no estén cubiertos por mi póliza o en caso que el médico no forme parte de la red de proveedores de mi seguro médico.</p> |           |                     |                                 |
| Firma (Paciente o Guardian):   |           | Fecha ( DD/MM/AA):  |                                 |