

ALLAN AKERMAN, M.D.  
Debbie Tobin, R.N.P.  
1310 W. Stewart Drive, Suite 311  
Orange Ca 92868  
714-633-0886

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD): \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ # DE LICENCIA DE MANEJO: \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR: \_\_\_\_\_ POSICION: \_\_\_\_\_ # DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESPOSO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR: \_\_\_\_\_ POSICION: \_\_\_\_\_ # DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

QUIEN LO REFIRIO: \_\_\_\_\_

TIENE ASEGURANZA SI  NO  TIENE MEDICARE SI  NO  \*SI, CUAL ES SU NUMERO? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ASEGURANZA PRIMARIA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA SEGUNDA ASEGURANZA: \_\_\_\_\_

# DEL GRUPO \_\_\_\_\_ # DE INDENIFICACION: \_\_\_\_\_ # DEL GRUPO \_\_\_\_\_ # DE INDENIFICACION: \_\_\_\_\_

Yo doy autorización, al grupo medico de Orange Infertility Ob Gyn Inc. a proveer a mi compañía de seguridad la información requerida acerca de mi enfermedad o accidente.

Yo autorizo al grupo medico de Orange Infertility Ob Gyn Inc. a recibir el pago proporcionado por sus servicios médicos y de cirugía.

Yo entiendo que soy responsable por los cargos de dicho grupo, no cubiertos por sus servicios. Yo entiendo que cargos financieros pueden ser aplicados al balance, después de 90 días. También autorizo a dar toda la información necesaria para asegurar el pago.

Una fotocopia de este documento es tan valido como la original.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_