

Reproductive Medicine and Surgery Center of Virginia, PLC  
595 Martha Jefferson Drive, Suite 390  
Charlottesville, VA 22911  
434-654-8520 FAX 434-654-8521

## REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
(Por favor, marque un círculo alrededor del número de teléfono que prefiere ud.)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a Pertenencia Étnica: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Pareja: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de la Pareja: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social de la Pareja: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Médico que pidió la Consulta: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_ doctor \_\_\_ internet \_\_\_ guía de teléfono \_\_\_ otro \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

Por favor presente su(s) tarjeta(s) de seguro para que sea(n) fotocopiada(s). Si el paciente no es el suscriptor principal, por favor dénos la dirección, el número del seguro social, y la fecha del nacimiento del suscriptor. No podremos facturarle a su compañía de seguros sin esta información.

Seguro de Salud Principal: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro de Salud Secundario: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_

**Por favor vea el dorso de esta página**

# REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA & ASIGNACIÓN

Por la presente doy mi consentimiento para cualquier diagnóstico y tratamiento médico necesario para mí, para mi hijo/a, o para cualquier individuo nombrado anteriormente de quien yo sea legalmente responsable. Se autoriza la revelación de información médica a cualquier compañía de seguro y el pago directo al laboratorio por cualquier tratamiento o examen realizado. Yo, por la presente, reconozco y acepto la responsabilidad final del pago de los cargos por los servicios médicos prestados.

---

Firma

Fecha

## NUESTRA PÓLIZA FINANCIERA

Estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado posible, y nos complace hablar con usted sobre nuestros cargos por asistencia profesional. Para nuestra relación profesional, es importante que usted tenga un claro entendimiento sobre nuestra póliza financiera.

Reproductive Medicine and Surgery Center of Virginia, PLC participa y acepta los beneficios de cobertura de seguro de salud de la mayoría de las compañías aseguradoras. Por supuesto, aún así usted es el responsable por el pago a tiempo de los deducibles, co-seguros y/o co-pagos. Los co-pagos deben ser pagados al realizar la visita.

Si usted está asegurado con una compañía con la cual no participamos, provéanos la información adecuada y nosotros facturaremos a su compañía de seguro de salud en su nombre. En estos casos, el pago de su factura sigue siendo responsabilidad suya, incluyendo cualquier balance pendiente luego de que su compañía de seguro haya resuelto su petición.

Acepto la responsabilidad del pago de todos los gastos incurridos así como también del pago de hasta el 33 1/3 % de todos los gastos de agencia de recaudación y/o honorarios de abogado en el caso en que dicha acción de recolección sea necesaria. Además certifico que he recibido, leído y entendido este aviso.

## NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

RMSCVA, PLC. tiene una Notificación sobre las Prácticas de Protección de la Privacidad que describe cómo podemos utilizar y revelar su información médica confidencial y de qué manera usted puede acceder a su información médica confidencial y ejercer otros derechos concernientes a nuestra aceptación de condiciones y consentimiento.

## ACEPTACIÓN DE CONDICIONES & CONSENTIMIENTO

He recibido la Notificación sobre las Prácticas de Protección de la Privacidad de RMSCVA, PLC. De acuerdo con su Notificación sobre las Prácticas de Protección de la Privacidad, RMSCVA, PLC está autorizado a utilizar y revelar información médica, incluso conversaciones con familiares (a menos que se haya solicitado lo contrario), sobre

---

(Escriba en letra de molde el nombre del paciente)

Fecha de Nacimiento

con fines de tratamiento, pago y práctica de asistencia médica.