

Palmetto Fertility Center of South Florida

Registro de la pareja femenina

Nota: Si usted utiliza mas de un apellido, por favor utilice el mismo apellido que aparece en su seguro.

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento : _____

Numero de su Seguridad Social ¹: _____ Estado Civil : _____

Direccion ² : _____

Ciudad : _____ Estado : _____ ZIP: _____ Pais : _____

Telefono casa : () _____ Ocupacion : _____

Telefono trabajo : () _____ Empleador : _____

Informacion de la pareja

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento : _____

Numero de su Seguridad Social ¹: _____ Estado Civil : _____

Direccion² : _____

Ciudad : _____ Estado : _____ ZIP : _____ Pais : _____

Telefono casa : () _____ Ocupacion : _____

Telefono trabajo : () _____ Empleador : _____

Informacion de su seguro

Nombre de la compania de seguro _____

Numero de identidad : _____ Numero de grupo : _____

Direccion : _____

Ciudad : _____ Estado : _____Codigo Postal : _____

Nombre del titular del seguro : _____

Entiendo que mi compania de seguro pagara directamente cualquier beneficio, si existe, al Palmetto Fertility Center of South Florida, Inc. por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los gastos, aunque estos no sean cubiertos por el seguro . En caso de no tener seguro alguno, entiendo que los gastos los cancelaré al momento de la consulta, el mismo dia de la visita.

Por medio de la presente autorizo al Palmetto Fertility Center of South Florida Inc. a dar cualquier informacion que se requiera , durante el curso de los exámenes o tratamientos a fin de asegurarse el pago de los beneficios. Autorizo la utilizacion de esta firma para todos los documentos del seguro.

Firma del paciente: _____ Fecha : _____

¹ Otro documento de identidad ² Direccion permanente

