



# Palmetto Fertility Center of South Florida

Michael D. Graubert, M.D., F.A.C.O.G.

## Paciente femenino

Nombre de Paciente		Cumpleaño: Mes/Día/Año	Eda	Estado Civil Casada Soltera
Direccion			Numero de su Seguridad Social	
Ciudad	Estado	Zip	Telefono casa ( )	
Empleador		Ocupacion	Telefono trabajo ( )	
Numero de la licencia de conductores	Estado	E-mail	Telefono celular ( )	

## Pareja

Nombre de pareja		Fecha de Nacimiento	Eda	Sexo
Direccion			Numero de su Seguridad Social	
Ciudad	Estado	Zip	Telefono casa ( )	
Empleador		Ocupacion	Telefono trabajo ( )	
Numero de la licencia de conductores	Estado	E-mail	Telefono celular ( )	

## Informacion de la compania de seguro

Nombre de la compania de seguro		Nombre del titular del seguro
Numero de identidad		Numero de grupo
Direccion	Ciudad, Estado ZIP	

*Entiendo que si no tengo seguro medico, el pago es requerido el día de la consulta.*

*Entiendo que el seguro no cubre todas las formas de diagnósticos y tratamientos en esta oficina. Entiendo que soy responsable financieramente del pago de todas los cargos sin importar lo que el seguro cobra o deje de cubrir sin excepción, incluyendo los gastos de colección y los honorarios de abogados. En caso de cualquier pago pendiente entiendo que mi compañía de seguro aplicara directamente el pago al Palmetto Fertility Center por sus servicios. Yo Autorizo Al Palmetto Fertility Center de proveer cualquier información necesaria con el propósito de determinar los beneficios de seguro o para asegurar pagos del seguro por los servicios adquiridos. Una fotocopia de esta autorización es considerada valida al igual que si fuese un original. Firmando abajo reconozco que he leído y entendido esta declaración y que autorizo el uso de mi firma en todas las formas sometidas a la compañía de seguro a mi favor.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_