



PATIENT INFORMATION

Who is your Preferred Provider at Metro OB/GYN? _____

(Quien es su Doctor preferido aquí en Metro OB/GYN?)

Name _____

(Nombre) (Last/Apedillos) (First/Nombre) (Middle/Segundo Nombre)

Preferred Name _____ **Maiden Name** _____

(Nombre preferido) (Apellido de Soltera)

Address _____

(Direccion) (Street/Calle y Número) (# de Apt) (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip code/Codigo Postal)

Date of Birth ____/____/____ **Age** ____ **Race** ____ **SS#** ____/____/____

(Fecha de Nacimiento) (Mes) (Dia) (Año) (Edad) (Raza) (Seguro Social)

Home Phone # (____) _____ **Cellular Phone #** (____) _____

(Telefono Casa) (Telefono Celular)

Employer _____ **Work Phone #**(____) _____

(Lugar de Trabajo) (Telefono de Trabajo)

Occupation/Student _____

(Profesion/Estudiante)

Permission to leave message at home? Yes/No **Cell phone? Yes/No** **At work? Yes/No**

(Permiso para dejar mensaje en la casa?) Si/No (Telefono Celular) Si/No (En el trabajo?) Si/No

Marital Status: M S W D or Sep

(Estado Civil) C S B D o Separado

Primary Language _____ **Email Address** _____

(Lenguaje Primario) (Correo electrónico)

Primary Insurance _____ **Insured Name** _____

(Aseguransa Principal) (Nombre de Asegurador(a))

SS# ____/____/____ **Date of Birth** ____/____/____ **Policy #** _____

(Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Mes) (Dia) (Año) (Numero de Polica)

Group # _____ **Insured Relationship to patient** _____

(Relacion a paciente)

Secondary Insurance _____ **Insured Name** _____

(Aseguransa Secundaria) (Nombre de Asegurador(a))

SS# ____/____/____ **Date of Birth** ____/____/____ **Policy #** _____

(Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Mes) (Dia) (Año) (Numero de Polica)

Group # _____ **Insured Relationship to patient** _____

(Relacion a paciente)

Patient's Name _____

(Nombre de Paciente)

Spouse's Name _____ **SS#** ____/____/____ **Date of Birth** __/__/____
(Nombre de Pareja) (# Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Mes) (Dia) (Año)

Spouse's Work Place _____ **Phone # (____)** _____
(Lugar de Trabajo de Pareja) (Teléfono)

Emergency contact name _____ **Emergency phone # (____)** _____
(Contacto de Emergencia) (Teléfono de Emergencia)

Relationship _____

Preferred Pharmacy _____ **Phone Number#(____)** _____
(Farmacia Preferida) (Telefono de Farmacia)

Address _____

Primary Care Provider _____
(Doctor Primario)

Were you referred? Y N If so who referred you? _____
(Fue usted referido aqui?) S N (Si, quien la refirió?)

I agree to be financially responsible for all charges not covered by my insurance for service received from Metro OB/GYN, LLC., I authorize the physicians or designees staff to provide the necessary medical treatment and the release of any medical information to process my claims.

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi aseguransa, por servicios recibidos por Metro OB/GYN, LLC. Yo autorizo a los médicos o al personal asignado para proveer el tratamiento médico necesario y suministrar toda información medica necesaria para procesar mi reclamación.

Signature _____
(Firma)

Date _____
(Fecha)

If patient is a minor (under age 18). I understand that I am financially responsible for all charges not covered by the insurance. I authorize medical treatment necessary and the release of any information to process the claims.

Si el paciente es menor de 18 años, entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por la aseguransa. Yo autorizo el tratamiento médico necesario y doy permiso para suministrar la información para procesar la reclamación.

Parent or Guardian _____ **Relationship** _____
(Nombre de Padre o Guardian) (Relacion con Paciente)

Birthdate __/__/____ **SS#** ____/____/____
(Fecha de Nacimiento) (Mes) (Dia) (Año) (# Seguro Social)

Address _____
(Direccion) (Street/Calle y Número) (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip code /Codigo Postal)

Phones #'s Home (____) Work (____) _____
(Telefonos Casa) (Trabajo)

Cell (____) _____
(Celular)

Signature _____
(Firma)

Date _____
(Fecha)