

**Obstetrix Medical Group of Coastal Carolina, PLLC**  
**Wilmington Maternal-Fetal Medicine**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

(Escribir con letra de imprenta)

Fecha de hoy:		Nombre del médico tratante:					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>							
Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	Estado civil:		
					<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> En concubinato		
¿Es este su nombre legal?	Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?		Nombre anterior:		Fecha de nacimiento:	Edad:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					/ /		
Dirección del domicilio:			Nº de Seguridad Social:		Teléfono principal: (    )		
Ciudad:		Estado:	Código postal:		Otro teléfono: (    )		
Ocupación:		Empleador:			Teléfono del empleador: (    )		
Raza: <input type="checkbox"/> India americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Otra:							
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Otro:							
Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Desconocido							
Religión: <input type="checkbox"/> Bautista <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Metodista <input type="checkbox"/> Otra Cristiana <input type="checkbox"/> Ateo/a <input type="checkbox"/> Judía <input type="checkbox"/> Otra:							
<b>DATOS DEL SEGURO</b>							
Seguro principal							
Nombre del seguro principal:		Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento del suscriptor:	Plan: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO		
				/ /	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Póliza/Nº de identificación:		Grupo Nº:		Teléfono de la aseguradora: (    )			
Dirección:			Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Relación de la paciente con el suscriptor:		<input type="checkbox"/> El/La propio/a suscriptor/a	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otra:		
Seguro secundario (si corresponde)							
Nombre del seguro secundario:		Número del suscriptor:		Fecha de nacimiento del suscriptor:	Plan: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO		
				/ /	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Póliza/Nº de identificación:		Grupo Nº:		Teléfono de la aseguradora: (    )			
Dirección:			Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Relación del paciente con el suscriptor:		<input type="checkbox"/> El/La propio/a suscriptor/a	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otra		
<b>PERSONA RESPONSABLE (SI NO ES EL PROPIO PACIENTE)</b>							
Nombre:		Dirección:			TELÉFONO: (    )		
Fecha de nacimiento:	Relación:	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Otra _____			
<b>DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b>							
Nombre de amigo/a o familiar de la localidad (que no viva en la misma dirección):			Relación con el/la paciente:		Teléfono del domicilio:	Teléfono del trabajo:	
					(    )	(    )	

**Aceptación del tratamiento, autorización para ceder beneficios y dar a conocer los datos**

Por el presente, doy mi consentimiento a *Pediatrix Medical Group of Coastal Carolina PLLC*, para que brinde a/a la paciente indicado/a más arriba el tratamiento que considere necesario. Por el presente, solicito que se paguen directamente a *Pediatrix Medical Group of Coastal Carolina* los beneficios autorizados y/o cualesquiera beneficios de seguro que correspondan por la atención que este preste al/a la paciente. Autorizo a *Pediatrix Medical Group of Coastal Carolina* y a su personal a que dé a conocer a mi aseguradora y a sus representantes toda información relativa a la atención médica, recomendaciones y tratamiento brindado al/a la paciente que se requiera para determinar dichos beneficios o los beneficios que deban pagarse por concepto de servicios conexos. Entiendo que soy responsable de los cargos que no cubra mi póliza de seguro y que, si fuera necesario cobrarlos por

medio de un abogado u otro mecanismo de cobro, será responsable de asumir todos los costos.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente/tutor/curador*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*