

Patient Registration Form
(Forma De Registro Del Paciente)



Dr. Hector Munoz
Dr. Miguel A. Sanchez Rivas
910 S. Bryan Rd Ste 104
Mission, Texas 78572

OBSTETRICS AND FAMILY MEDICINE

TODAY'S DATE (FETCHA): ____ / ____ / ____

PATIENT INFORMATION/NOMBRE DE PACIENTE

Last Name (Apellido)		First Name (Nombre)		Preferred Name	MI
Date of Birth (Fecha de nacimiento)		Driver's License Number (Numero de Carnet de Conducir)		Social Security (Numero Social del Paciente)	
Female (Femenino) <input type="checkbox"/>	Male (Masculine) <input type="checkbox"/>	Marital Status (Check one): <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Unknown			
Address (Direccion de envio)			City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Codigo Postal)
Home # (Numero Telefono)	Work # (Numero Telefono)	Cell # (Numero Telefono)		Email (Direccion del Correo Electronico)	
Preferred Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other			Contact Preference: <input type="checkbox"/> Home Phone <input type="checkbox"/> Work Phone <input type="checkbox"/> Mobile Phone <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Portal		
Choose clinic beause / Referred to clinic by (please check one box): <input type="checkbox"/> Television <input type="checkbox"/> Insurance Plan <input type="checkbox"/> Newspaper <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Physician Name _____ <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Close to home / work <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Billboard <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Health Fair <input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> Other: _____					

RESPONSIBLE PARTY / GUARANTOR INFORMATION

<input type="checkbox"/> Check here if same as above	
Guarantor Name (Nombre de garante)	Address (direccion)
Patient's relationship to Gurantor (Relacion del paciente con el garante) <input type="checkbox"/> Self (ser) <input type="checkbox"/> Spouse (Eposo/Esposa) <input type="checkbox"/> Child (Nino/Nina) <input type="checkbox"/> Other _____	

PHARMACY INFORMATION / INFORMACION DE FARMACIA

Name	Address	Phone
------	---------	-------

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO

Please complete items below if Not included on Insurance card(s)

Primary Insurance (Nombre de Aseguranza)		ID Subscriber number (identificacion de miembro)	
Insurance Address (direccion del seguro)			
Subscriber's Name (Nombre de Suscritor)	Birthdate (Fecha de nacimiento)	Policy / Group #	Co-pay \$ _____
Patient's relationship to policy holder (Relacion del patient) <input type="checkbox"/> Self (ser) <input type="checkbox"/> Spouse (Eposo/Esposa) <input type="checkbox"/> Child (Nino/Nina) <input type="checkbox"/> Other _____			
Secondary Insurance (Seguro Secundario)		ID certification # (Identificaion de miembro)	
Insurance Address (direccion del seguro)			
Subscriber's Address (nubre de Suscritor)	Birthdate	Policy / Group #	Co-pay \$ _____
Patient's relationship to policy holder (Relacion del patient) <input type="checkbox"/> Self (ser) <input type="checkbox"/> Spouse (Eposo/Esposa) <input type="checkbox"/> Child (Nino/Nina) <input type="checkbox"/> Other _____			

IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN CONTACTAMOS

Name of local friend or relative (not living at same address)	Relationship to patient (Relacion)	Home # (Numero de telefono)	Work / Cell #
---	------------------------------------	-----------------------------	---------------

Payment is required at time of service unless. Please indicate preferred method of payment. (Se requiere el pago en el momento del servicio)
 Cash Check Credit Card (Visa/MC) Other _____

Your signature below indicates your consent for treatment of/ as a patient and responsibility for paying bill. I hereby authorize the release of any information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance company. I hereby authorize the payment of medical benefits directly to Mission Doctors Group. Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro de otro modo pagaderos al Mission Doctor Group. Autorizo a que me de tratamiento en este consultorio. Tambien autorizo dar a conocer informacion conciente de mi salud, consulta, y tratamiento con el proposito de evaluar y administrar para asegurar los beneficiuos de suguro. He recibido una copia de Aviso de Privacidad y he tenido de la poortunadad de objeyar el dar a conocer mi informacion de salud.

Patient's Signature (Firma Del Paciente): _____ Date (Fetcha): _____



Obstetrics & Family Medicine
Dr. Hector Munoz
Dr. Miguel A. Sanchez Rivas
910 S. Bryan Rd Ste 104
Mission, Texas 78572

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Consentimiento para tratar

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de ***Monarch Obstetrics & Family Medicine Clinic*** (incluidos médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes y otros empleados y miembros del personal) a realizar evaluaciones médicas y atención al paciente que se indica a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Entiendo que al NO firmar este consentimiento, el paciente NO recibirá atención médica excepto en caso de emergencia.

Nombre del paciente (por favor imprima)

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad

Doy mi consentimiento para autorizar la evaluación y el tratamiento para el paciente identificado anteriormente cuando no estoy disponible. Entiendo que esto autoriza a la(s) persona(s) anterior(es) a dar su consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos e inmunizaciones para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

Responsabilidad financiera

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente a ***Monarch Obstetrics & Family Clinic*** y / o médico tratante por los servicios prestados. Por la presente se otorga autorización para divulgar la información contenida en el registro médico del paciente a la compañía de seguros médicos del paciente (o sus empleados o agentes), ya que puede ser necesario para procesar y completar el reclamo de seguro médico del paciente. Entiendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información sobre enfermedades transmisibles, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos totales por los servicios prestados y pagaderos a ***Monarch Obstetrics & Family Clinic***. Además, entiendo que si mi cuenta se vuelve morosa, pagaré los honorarios razonables de abogados o los gastos de cobro de ***Monarch Obstetrics & Family Clinic***, si los hubiera.

La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Entiendo que al NO firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago de los servicios en su totalidad antes de que se presten los servicios.

Nombre del paciente (por favor imprima)

Firma del paciente, padre o tutor legal

FECHA



Obstetrics & Family Medicine
 Dr. Hector Munoz
 Dr. Miguel A. Sanchez Rivas
 910 S. Bryan Rd Ste 104
 Mission, Texas 78572

CONSENT TO TREAT & FINANACIAL RESPONSIBILITY

Consent to Treat

I Hereby authorize employees and agents of ***Monarch Obstetrics & Family Medicine Clinic*** (including physicians, physician assistants and nurse practitioners and other employees and staff members) to render medical evaluations and care to the patient indicated below. The duration of this consent is indefinite and continues until revoked in writing. I understand that by NOT signing this consent, the patient will NOT be provided medical care except in a case of emergency.

 Patient Name (Please Print)

 Signature of Patient, Parent or Legal Guardian

 DATE

Complete this section ONLY if the patient is a Minor

I consent for to authorize evaluation and treatment for the patient identified above when I am not available. I understand that this authorizes the foregoing person(s) to consent to medical and surgical procedures and immunizations for the patient. The duration of this consent is indefinite and continues until revoked in writing.

 Signature of patient, Parent or legal Guardian

 DATE

Financial Responsibility

I Hereby authorize payment of medical benefits directly to ***Monarch Obstetrics & Family Medicine Clinic***, and/or attending physician for services rendered. Authorization is hereby granted to release information contained in the patient's medical record to the patient's medical insurance company (or it's employees or agents) as it may be necessary to process and complete the patient's medical insurance claim. I understand that this authorization may include release of information regarding communicable diseases, such as Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and Human immunodeficiency Virus (HIV). I understand that I am financially responsible for all total charges for services rendered and are payable to ***Monarch Obstetrics & Family Medicine Clinic***. I further understand that should my account become delinquent, I shall pay the reasonable attorney fees or collections expenses of ***Monarch Obstetrics & Family Medicine Clinic*** if any.

The duration of this authorization is indefinite and continues until revoked in writing. I understand that by NOT signing this release of information, I am responsible for payment of services in FULL BEFORE the services are rendered.

 Patient Name (Please Print)

 Signature of Patient, Parent or Legal Guardian

 DATE



Obstetrics & Family Medicine
Dr. Hector Munoz
Dr. Miguel A. Sanchez Rivas
910 S. Bryan Rd Ste 104
Mission, Texas 78572

MEDICAL RECORDS RELEASE FORM

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protective health information, to the physician/person/facility/entity listed below:

PATIENT NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

The information you may release subject to this signed release form is as follows:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Complete Records | <input type="checkbox"/> History & Physical | <input type="checkbox"/> Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Care Plan | <input type="checkbox"/> Lab Reports | <input type="checkbox"/> Radiology Reports |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Treatment Record | <input type="checkbox"/> Operative Reports |
| <input type="checkbox"/> Hospital Reports | <input type="checkbox"/> Medication Record | <input type="checkbox"/> Other (please specify below) |

NOTES:

The Purpose/Reason for this release of information is as follows: _____

_____ Patient Name (Printed)	_____ Patient Signature	_____ Date
_____ Patient's Date of Birth	_____ Patient Representative Name	_____ Relationship



Obstetrics & Family Medicine
Dr. Hector Munoz
Dr. Miguel A. Sanchez Rivas
910 S. Bryan Rd Ste 104
Mission, Texas 78572

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Al firmar este formulario, lo autorizo a divulgar información médica confidencial sobre mí, al divulgar una copia de mis registros médicos, o un resumen o narrativa de mi información de salud protectora, al médico / persona / centro / entidad que se enumera a continuación:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento _____

La información que puede divulgar sujeta a este formulario de autorización firmado es la siguiente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registros completos | <input type="checkbox"/> Historia y Físicaal | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Plan de atención | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Registro de tratamiento | <input type="checkbox"/> Informes operativos |
| <input type="checkbox"/> Informes del hospital | <input type="checkbox"/> registro de medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique a continuación) | | |

NOTAS:

El propósito/motivo de esta divulgación de información es el siguiente: _____

Nombre del paciente (impreso)

Firma del paciente

Fecha

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del representante del paciente

Relación