

**Por Favor Complete Todas Las Secciones. Si No Es Aplicable, Por Favor Indique "NA"**

**INFORMACION DE PACIENTE**

**El Médico Que Dirigió Aquí Hoy** \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ #Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Empleado/Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Teléfono-casa/celular \_\_\_\_\_ #Empleo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Estado Civil Soltera Casada Viuda Divorciada Licencia de Manejo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_ # De trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia, otra persona que no sea su esposo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**HISTORIA OBSTETRICO**

Número total de ultrasonidos para este embarazo? \_\_\_\_\_

Primer día del último periodo \_\_\_\_\_ Fecha de parto \_\_\_\_\_ Por ultrasonido o último periodo

# De embarazos previos \_\_\_\_\_ Embarazos a término \_\_\_\_\_ Prematuro (menos de 37 semanas) \_\_\_\_\_

Perdidas \_\_\_\_\_ Ectópico \_\_\_\_\_ Terminaciones Electivos \_\_\_\_\_ Niños vivo \_\_\_\_\_

Fuma, usa droga o consume alcohol/licor durante este embarazo Si o No Cuanto por día \_\_\_\_\_

**Texas Perinatal Group**  
**911 W. 38<sup>th</sup> Street, Suite #201**  
**Austin, Texas 78705**  
**(512) 459-1131**

---

**INFORMACION DE SEGURO MEDICAID**

Nombre del Medicaid \_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_

**SEGURO QUE NO SEA MEDICAID**

**Compañía Principal de Seguro** \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Teléfono-casa \_\_\_\_\_ Teléfono-empleado \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Segunda Compañía de Seguro** \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Teléfono-casa \_\_\_\_\_ Teléfono-empleado \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION**

RESPONSABILIDAD FINANCIERA, ASIGNACION DE BENEFICIOS, AUTORIZACION PARA SOMETER INFORMACION: Yo autorizo a TPG que someta información en conexión con mi compañía de a seguridad, sus representantes, o a mis médicos cuando información sea solicitada. Yo autorizo asignación de beneficios a mi médico.  
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo doy consentimiento a procedimientos de examinación y/o tratamientos hechos por mi médico y sus asistentes cuando sea necesario.

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

[www.texasperinatalgroup.com](http://www.texasperinatalgroup.com)