



**Jenkins Ob-Gyn
& Reproductive
Medicine**

INFORMACION ACTUAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
Direccion: _____
Numero de Telefono: _____ Numero del Seguro Social _____
Indica Uno: Empleada Estudiante Otro _____
Indica Ud. uno: Soltera Casada Otro _____
Compania de Empleo _____ Telefono del Empleo# _____
Nombre del Esposo _____ Fecha de Nacimiento del Esposo _____
Compania del Empleo del Esposo y # del Telefono _____

INFORMACION DEL SEGURO

Compania de Seguros _____
ID# _____ # del Grupo _____
Persona Asegurada _____ Numero del Seguro Social _____

HISTORIA CLINICA

Algunos embarazos, nacimientos, perdidas de bebes o abortos desde sus ultima cita?
Embarazos ____ Nacimientos ____ Perdidas de bebes ____ Abortos ____ Niños vivos ____
Método Anticonceptivo _____
Medicamentos que ud. esta tomando actualmente _____
Alergias a los medicamentos _____
Cirugia desde la ultima cita _____
Ultimo Periodo Menstrual _____ Ultimo Mamografia _____
Examen de Densidad de los huesos _____
Problemas Mayores Medicos o Estancia en el Hospital desde su ultima Visita _____

A Quien Corresponde los Beneficios Medicos: Yo autorizo el pago de beneficios medicos a T.L. Jenkins, M.D., P.A.
Authorizacion para revelar informacion: Yo autorizo a T.L. Jenkins, M.D., P.A. para revelar alguna informacion medica tal como sea necesario para completar mi reclamo medico a cualquier compania de seguros, plan de salud o hospital.
Aceptancia de la Responsabilidad Financiera: Yo acepto la responsabilidad financiera para cualquier de los servicios no cubiertos por mi compania de seguros.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Guardian/Agente Legal del Paciente _____ Fecha _____