

Formularios del Paciente

Información de contacto

Paciente

Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____	Estado Civil
Mejor teléfono para contactarlo _____	¿Se puede dejar mensaje?: Sí ☐ No ☐	2° mejor teléfono para contactarlo _____	¿Se puede dejar mensaje?: Sí ☐ No ☐
Fecha de nacimiento _____	Correo electrónico: _____	Edad: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	Licencia de conducir: _____
Estado: _____	Ocupación: _____	Horas de trabajo: _____	Empleador: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	

¿Tiene pareja? Sí ☐ No ☐

Pareja

Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____	Estado Civil: _____
Mejor teléfono para contactarlo: _____	¿Se puede dejar mensaje?: _____	2° mejor teléfono para contactarlo _____	¿Se puede dejar mensaje? _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Licencia de conducir: _____	Estado: _____
Correo electrónico: _____	Ocupación: _____	Horas de trabajo: _____	Empleador: _____
Dirección del empleador: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____

Sí ☐ No ☐

Información de Referencia

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER ESTA REFERENCIA?

☐ Médico ☐ Amigo ☐ Seminario ☐ Internet ☐ Grupo de apoyo Médico (Nombre): _____

Información del Seguro

Paciente

ASEGURADORA PRINCIPAL: _____	Nombre del asegurado: _____	ID del seguro: _____
------------------------------	-----------------------------	----------------------

Tipo: HMO ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ OTRO ☐		
¿A QUÉ GRUPO MÉDICO ESTÁ ASIGNADO?: _____	ID#: _____	GRUPO#: _____
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____	Ciudad: _____	Estado: _____
Código Postal: _____	Teléfono: _____	
¿Tiene pareja?: Sí ☐ No ☐	ASEGURADORA PRINCIPAL: (si es Sí):	
Persona de contacto en caso de emergencia (que no viva con usted):	Relacion:	Nombre del asegurado:
Asegurado: HMO ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ OTRO ☐		
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____	Ciudad: _____	Estado: _____
Código Postal: _____	Teléfono: _____	
¿Tiene documentos para subir?: Sí ☐ No ☐		
Subir seguro frontal: _____		
Subir seguro trasero: _____		
Firma del paciente: _____		Fecha: _____
Firma de la pareja: _____		Fecha: _____

Historial de Infertilidad

Tiene un Pene

Nombre: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____	Apellido: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____	Ocupación: _____	Dirección de la casa: _____	Ciudad: _____
Estado: _____	Código postal: _____	País: _____	Correo electrónico: _____

HISTORIAL MÉDICO E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Motivo de la visita: Evaluación de infertilidad ☐ Inseminación de esperma ☐ Otro ☐

Motivo de la visita (Otro): _____

¿Cuáles son sus expectativas para esta visita?: _____

Cualquier pregunta que desee abordar: _____

Enumere los medicamentos actuales: _____

Enumere cualquier problema(s) médico(s) actual(es): _____

¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos) bebe al día?: _____

¿Fuma cigarrillos?: Sí ☐ No ☐ Dejó de fumar ☐

¿Cuántos al día?: _____

¿Cuántos años?: _____

Si dejó de fumar, ¿cuándo?: _____

¿Bebe alcohol?: Sí ☐ No ☐

Si bebe alcohol:

☐ Cerveza

☐ Vino

☐ Licor

Por semana:

¿Usa marihuana, cocaína o cualquier otra droga similar?: Sí ☐ No ☐

Por favor, describa: _____

¿Hace ejercicio?: Sí ☐ No ☐

Por favor, describa: _____

Notas del médico (solo para uso de la oficina): _____

¿Ha sido evaluado por un urólogo?: Sí ☐ No ☐

¿Ha concebido previamente con otra mujer?: Sí ☐ No ☐

¿Cuántas veces?: _____

¿Se ha hecho un análisis de semen?: Sí ☐ No ☐

¿Tiene dificultad con las erecciones?: Sí ☐ No ☐

¿Tiene eyaculación retrógrada de esperma en la vejiga?: Sí ☐ No ☐

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual o infecciones pélvicas?: Sí ☐ No ☐

Marque todas las que apliquen:

☐ Clamidia

☐ Gonorrea

☐ Herpes

☐ Verrugas genitales/VPH

☐ Sífilis

☐ VIH/SIDA

☐ Hepatitis

☐ Otro

Otro:

¿Algún medicamento?:

¿Le han hecho una vasectomía?: Sí ☐ No ☐

Fecha:

¿Le han hecho una reversión de vasectomía?: Sí ☐ No ☐

Fecha:

¿Le han hecho cirugía de hernia?: Sí ☐ No ☐

Fecha:

¿Le han hecho alguna cirugía de vejiga o pene de niño?: Sí ☐ No ☐

Fecha:

¿Ha recibido quimioterapia por cáncer?: Sí ☐ No ☐

Fecha:

¿Es alérgico a algún medicamento?: Sí ☐ No ☐

Fecha:

FIRMA DEL PACIENTE/CÓNYUGE

Fecha (Paciente):

¿Tiene usted un cónyuge/pareja? : Sí ☐ No ☐ otro ☐

Especifique por favor: _____

HISTORIAL MÉDICO E INFORMACIÓN DE LA PAREJA

Mi Pareja tiene un Útero

Pareja

¿Tiene alguna objeción personal, ética o de relación a cualquiera de nuestras pruebas o tratamientos como inseminación, fertilización in vitro, donación de óvulos, donación de esperma, masturbación para recolectar una muestra de semen, etc.?: Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique: _____

¿Cuántos meses ha tenido relaciones sexuales sin usar ninguna forma de control de la natalidad?:

Historial de Embarazos

Número de TODOS los embarazos: _____

Número de abortos espontáneos (menos de 20 semanas): _____

Número de embarazos ectópicos / tubáricos: _____

Número de interrupciones electivas (abortos): _____

Número de partos a término: _____

De estos, ¿cuántos fueron nacidos con vida?: _____

Número de partos prematuros (menos de 37 semanas): _____

¿Cuántos fueron nacidos sin vida?: _____

¿Algún embarazo con defectos de nacimiento?: Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique:

Detalles del Historial de Embarazos	Meses para la Concepción	Tratamientos para Concebir	Tipo de Parto/D&C/Complicaciones	¿Pareja Actual? (Sí/No)
_____	_____	_____	_____	_____

Historial del Ciclo Menstrual

Patrón del ciclo menstrual (marque todas las que apliquen):

- ☐ Periodos regulares
- ☐ Periodos irregulares
- ☐ Sangrado leve antes de los periodos
- ☐ Sin periodos
- ☐ Periodos abundantes
- ☐ Periodos ligeros
- ☐ Sangrado entre periodos

Número de días entre el inicio de un periodo y el inicio del siguiente: _____

¿Cuántos días de sangrado tiene?: _____

Fechas del 1er día de sus últimos 2 periodos menstruales: _____

Edad en la que tuvo su primer periodo: _____

¿Cuántos periodos tiene al año?: _____

Si no tiene periodos, ¿a qué edad dejó de tenerlos?: _____

¿Necesita medicación para provocar un periodo?: Sí ☐ No ☐

Si es así:

¿Tiene calambres severos o dolor pélvico con sus periodos?: Sí ☐ No ☐

Siempre ☐ A veces ☐ Recientemente ☐ En el pasado

Historial Sexual

¿Cuántas veces tiene relaciones sexuales por semana?: _____

¿Ha usado kits de ovulación de venta libre para programar las relaciones sexuales?: _____ ¿Tiene dolor con las relaciones sexuales?: Sí ☐ No ☐

Historial Médico de Papanicolau

¿Cuándo fue su último Papanicolau (mes y año)?: _____

¿Cuándo fue su último Papanicolau anormal?: _____

¿Ha sido sometido a algún procedimiento como resultado de un Papanicolau anormal?: Sí ☐ No ☐

Sí (marque todas las que apliquen):

- ☐ Colposcopia
- ☐ Criocirugía (Congelación)
- ☐ Tratamiento con láser
- ☐ Conización
- ☐ Procedimiento LEEP

Historial de Detección Mamaria

¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?: Sí ☐ No ☐

Fecha:	Resultado:
_____	_____

¿Se hace autoexámenes de mama?: Sí ☐ No ☐

Historial Médico

¿Es alérgica a algún medicamento?: Sí ☐ No ☐

Por favor, enumere y describa las reacciones: _____

¿Es alérgica a algún alimento (maní, huevos, etc.)?: Sí ☐ No ☐

Por favor, enumere y describa las reacciones:

¿Toma algún medicamento?: Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor, enumere: _____

¿Toma alguna hierba medicinal/vitaminas o suplementos de tiendas de alimentos saludables?: Sí ☐ No ☐

Por favor, enumere:

¿Tiene algún problema(s) médico(s)?: Sí ☐ No ☐

Por favor, enumere el tipo, las fechas y los tratamientos:

Historial Social

¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos) bebe al día?: _____

¿Fuma cigarrillos?: Sí ☐ No ☐

¿Cuántos al día?: _____ ¿Cuándo dejó de fumar?: _____

¿Bebe alcohol?: Sí ☐ No ☐

Historial Quirúrgico

¿Ha tenido alguna cirugía?: Sí ☐ No ☐

Número de cirugías:

Año	Tipo de cirugía en orden cronológico

¿Tuvo algún problema de anestesia?: Sí ☐ No ☐

Describa:

Síntomas Físicos

• **General:**

- ☐ Diabetes
- ☐ Caída del cabello
- ☐ Anorexia/Bulimia
- ☐ Falta de energía
- ☐ Fiebre/escalofríos
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta:**

- ☐ Mareos
- ☐ Pérdida del sentido del olfato
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Congestión nasal crónica
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Pérdida de audición/sordera
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Respiratorio:**

- ☐ Falta de aliento breath
- ☐ Asma
- ☐ Bronquitis
- ☐ Neumonía
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Tos con sangre
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Endocrino/Hormonal:**

- ☐ Ganancia o pérdida de peso reciente
- ☐ Problemas de la glándula tiroides
- ☐ Ganancia o pérdida rápida de peso
- ☐ Hambre/sed excesiva
- ☐ Intolerancia a la temperatura (sofocos o sensación de frío)
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Información Mamaria:**

- ☐ Secreción
- ☐ Bultos
- ☐ Mamografía anormal
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Problemas Neurológicos:**

- ☐ Debilidad/Pérdida de equilibrio
- ☐ Convulsiones/Epilepsia
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Dolores de cabeza por migraña
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Gastrointestinal:**

- ☐ Náuseas/Vómitos
- ☐ Úlceras
- ☐ Hepatitis
- ☐ Diarrea
- ☐ Sangre en las heces
- ☐ Síndrome del intestino irritable
- ☐ Cambio en los hábitos intestinales
- ☐ Colitis (ulcerosa o de Crohn)
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Genito-Urinario:**

- ☐ Infecciones de la vejiga
- ☐ Infecciones de los riñones
- ☐ Infecciones vaginales
- ☐ Necesidad frecuente de orinar
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Fuga de orina
- ☐ Herpes
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Piel/Extremidades:**

- ☐ Erupción/inflamación inexplicable
- ☐ Acné
- ☐ Cáncer de piel
- ☐ Lesión por quemadura
- ☐ Lunares que cambian de apariencia
- ☐ Crecimiento excesivo de vello
- ☐ Otro

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Musculoesquelético:**

- ☐ Debilidad muscular inusual
- ☐ Disminución de energía/resistencia
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Lupus Eritematoso
- ☐ Miastenia gravis
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Hematológico:**

- ☐ Trastorno de coagulación sanguínea/Coágulo sanguíneo
- ☐ Anemia falciforme
- ☐ Tromboflebitis
- ☐ Moretones fáciles
- ☐ Ganglios inflamados/ganglios linfáticos
- ☐ Transfusiones de sangre
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Cardiovascular:**

- ☐ Palpitaciones/Latidos omitidos

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Ataque al corazón
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Soplos
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Prolapso de la válvula mitral
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

• **Problemas de Salud Mental:**

- ☐ Depresión
- ☐ Trastorno de ansiedad
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

Describa si aplica para que sea consistente con los demás - haga lo mismo para todas las respuestas similares:

Trastornos en su Familia

Trastornos Médicos	Sí/No/No lo sé	Si es sí, por favor, enumere la relación con usted
Cáncer de mama	_____	_____
Cáncer de ovario	_____	_____
Otro cáncer	_____	_____

PRUEBAS Y TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD PREVIOS

¿Ha tenido pruebas o tratamientos de infertilidad previos en otro lugar?: Sí ☐ No ☐

Pruebas previas (marque todas las que apliquen):

	Pruebas previas	Fecha	Resultados
☐	Prueba de tiroides	_____	_____
☐	Prueba de ovulación	_____	_____
☐	Prueba de sangre del día 3 para el nivel de FSH	_____	_____
☐	Histerosalpingografía (HSG)	_____	_____
☐	Laparoscopia	_____	_____
☐	Cirugía de histeroscopia	_____	_____

☐	Prueba de sangre de progesterona	_____	_____
--------------------------	----------------------------------	-------	-------

Tratamiento previo (marque todas las que apliquen):

☐ Inseminación intrauterina

N.º de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA):	Resultado:

☐ Citrato de clomifeno con relaciones sexuales programadas

N.º de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA):	Resultado:

☐ Inyecciones diarias de medicamentos para la fertilidad con inseminación

N.º de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA):	Resultado:

☐ Ciclo(s) de fertilización in vitro completado(s)

N.º de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA):	Resultado:

# de óvulos:	# de embriones	# frozen

☐ Transferencias de embriones congelados

N.º de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA):	Resultado:

# de óvulos	# de embriones transferidos:	# de embriones congelados:

--	--	--

Intento(s) de fertilización in vitro cancelado(s):

N.º de ciclos: _____

Cualquier otro tratamiento previo (describa):_____

Información adicional/Complicaciones:_____

FIRMA DE LA PAREJA:_____

Fecha (Pareja):_____

Notas del médico (solo para uso de la oficina): _____

Consentimiento de Correo Electrónico

Nombre del Paciente: _____

Dirección de Correo Electrónico del Paciente: _____

RIESGO DE USAR CORREO ELECTRÓNICO

Coastal Fertility Medical Center (CFMC) ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. Sin embargo, la transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de usar el correo electrónico. Estos incluyen, entre otros, los siguientes riesgos:

- El correo electrónico puede ser circulado, reenviado y almacenado en numerosos archivos de papel y electrónicos.
- El correo electrónico puede ser transmitido inmediatamente a nivel mundial y ser recibido por muchos destinatarios previstos y no previstos.
- Los remitentes de correo electrónico pueden fácilmente enviar un correo a la dirección equivocada.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- Pueden existir copias de seguridad de los correos electrónicos incluso después de que el remitente o el destinatario hayan borrado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos transmitidos a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- El correo electrónico puede ser utilizado para introducir virus en sistemas informáticos.
- El correo electrónico puede ser utilizado como evidencia en un tribunal.

CONDICIÓN PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO

CFMC utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, CFMC no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por una mala conducta intencional del Proveedor. Por lo tanto, los pacientes deben proporcionar su consentimiento por escrito, excepto cuando sea autorizado o requerido por ley.

El consentimiento para el uso de correo electrónico para la información del paciente incluye el acuerdo con las siguientes condiciones:

- Todos los correos electrónicos hacia o desde el paciente con respecto al diagnóstico o tratamiento serán impresos y formarán parte del historial médico del paciente. Debido a que son parte del historial médico, otras personas, autorizadas para acceder al historial médico, como el personal y el personal de facturación, tendrán acceso a esos correos electrónicos.
- Su Proveedor puede reenviar correos electrónicos internamente al personal y agentes de CFMC según sea necesario para el diagnóstico, tratamiento, reembolso, operaciones de atención médica y otro manejo. Sin embargo, su Proveedor no reenviará correos electrónicos a terceros independientes sin el consentimiento previo por escrito del paciente, excepto cuando sea autorizado o requerido por ley.
- Aunque el personal de CFMC se esforzará por leer y responder con prontitud a un correo electrónico del paciente, no podemos garantizar que un correo electrónico en particular sea leído y respondido dentro de un período de tiempo específico. Por lo tanto, el paciente no debe usar el correo electrónico para emergencias médicas u otros asuntos urgentes.
- Si el correo electrónico del paciente requiere o invita a una respuesta del Proveedor y el paciente no ha recibido una respuesta dentro de un período de tiempo razonable, es responsabilidad del paciente dar seguimiento para determinar si el destinatario previsto recibió el correo electrónico y cuándo responderá el destinatario.
- El paciente no debe usar el correo electrónico para comunicarse sobre información médica sensible como información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, discapacidad del desarrollo, abuso de sustancias.
- El paciente es responsable de informar a su proveedor de cualquier tipo de información que el paciente no desee que se envíe por correo electrónico, además de las establecidas en 2(e) arriba.
- El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico. CFMC no es responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por el paciente o cualquier tercero.
- Los Proveedores de CFMC no participarán en comunicaciones por correo electrónico que sean ilegales, como la práctica ilegal de la medicina a través de las fronteras estatales.
- Es responsabilidad del paciente dar seguimiento y/o programar una cita si es necesario.

INSTRUCCIONES

Para comunicarse por correo electrónico, el paciente debe:

- Limitar o evitar el uso de la computadora de su empleador.
- Informar a CFMC de los cambios en su dirección de correo electrónico.
- Poner el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- Incluir la categoría de la comunicación en la línea de asunto del correo electrónico, para fines de enrutamiento (por ejemplo, pregunta de facturación).
- Revisar el correo electrónico para asegurarse de que sea claro y que toda la información relevante se proporcione antes de enviarlo a su Proveedor.
- Informar a su Proveedor que el paciente recibió un correo electrónico de su Proveedor.
- Tomar precauciones para preservar la confidencialidad de los correos electrónicos, como usar salvapantallas y proteger su contraseña de la computadora.
- Retirar el consentimiento solo por correo electrónico o comunicación escrita a su Proveedor.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento.

Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre el personal de CFMC y yo, y doy mi consentimiento a las condiciones aquí descritas, así como a cualquier otra instrucción que el Proveedor pueda imponer para comunicarse con los pacientes por correo electrónico.

Cualquier pregunta que haya tenido fue respondida.

Firma del paciente: _____

Fecha (Paciente): _____

Gracias por tomarse el tiempo de hacer todo esto. Cuando venga para su consulta, se reunirá con un asesor financiero que comparará notas con su investigación y la verificación que tuvo lugar en nuestra oficina. Si hay alguna discrepancia, nuestro personal hará otra llamada para darnos una imagen precisa de lo que cubre su seguro.

Aviso de Privacidad

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD Y DEL AVISO PARA CONSUMIDORES DE LA JUNTA MÉDICA DE CALIFORNIA

Reconozco que he leído el Aviso de Privacidad

Firma del Paciente o Representante Personal: _____

Fecha: _____

Si la firma del Representante Personal aparece arriba, por favor describa la relación del Representante Personal con el paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha (Paciente): _____

Firma de la pareja: _____

Fecha (Pareja): _____

☐ HE LEÍDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS ADJUNTAS

Formulario de Acuerdo de Autorización de Tarjeta de Crédito

Yo/Nosotros,

Nombre: _____

Otro Nombre: _____

autorizo a Coastal Fertility Medical Center a usar la tarjeta de crédito a continuación para los servicios prestados. Entiendo que todas las tarifas por los servicios prestados deben pagarse en el momento de la visita o antes de que se realice el servicio. En caso de que se requieran servicios/tarifas adicionales, Coastal Fertility Medical Center nos notificará cualquier cargo adeudado antes de cargar nuestra tarjeta

Número de Cuenta/Expediente (Si se conoce):

Nombre del titular de la tarjeta tal como aparece en la tarjeta:

Tipo de Tarjeta: Visa ☐ MasterCard ☐ AMEX ☐ Discover ☐

Número de Tarjeta de Crédito:

Código de Seguridad:

Fecha de Vencimiento:

Dirección de Facturación:

STORAGE PATIENTS

☐ **POR FAVOR, USE ESTA TARJETA DE CRÉDITO PARA MI FACTURACIÓN ANUAL DE ALMACENAMIENTO.**

Si esto se marca, cargaremos automáticamente su tarjeta de crédito para sus tarifas anuales de almacenamiento.

OTROS SALDOS DE CUENTA

☐ **POR FAVOR, USE ESTA TARJETA DE CRÉDITO PARA MI FACTURACIÓN ANUAL DE ALMACENAMIENTO.**

Si esto se marca, cargaremos automáticamente su tarjeta de crédito para sus tarifas anuales de almacenamiento.

Monto: _____

☐ **POR FAVOR, MARQUE AQUÍ SI DESEA MANTENER SU TARJETA ARCHIVADA PARA FUTUROS PAGOS**

Instrucciones especiales (por ejemplo, ¿pago dividido?): _____

Firma del Titular de la Tarjeta: _____

Fecha: _____

Nombre en letra clara: _____

Firma del Paciente (Si es diferente del Titular de la Tarjeta): _____

Fecha: _____

***Tenga en cuenta: toda la información de la tarjeta de crédito se mantiene confidencial. Se hará todo lo posible para mantener esta y toda la información confidencial segura. Gracias.**