

Formularios del Paciente

Información de Contacto

Paciente

Primer Nombre:	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	Estado Civil:
Mejor Teléfono para Contactarse:	¿Está bien dejar un mensaje?: Sí ☐ No ☐	Segundo Mejor Teléfono para Contactarse:	¿Está bien dejar un 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

Primer Nombre:	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	Estado Civil:
Mejor Teléfono para Contactarse:	¿Está bien dejar un mensaje?:	Segundo Mejor Teléfono para Contactarse:	¿Está bien dejar un 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

WHOM MAY WE THANK FOR THIS REFERRAL? Médico ☐ Amigo ☐ Seminario ☐ Internet ☐ Grupo de Apoyo ☐

Médico (Nombre): _____ Otro: _____

Información del Seguro

Paciente

Seguro Primario:	Nombre del asegurado:	Seguro ID:
------------------	-----------------------	------------

Tipo HMO ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ OTRO ☐

¿A QUÉ GRUPO MÉDICO ESTÁ ASIGNADO?:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NÚMERO DE GRUPO:
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES:	Ciudad:	Estado:
Código Postal:	Teléfono:	
¿Tiene Pareja?: Sí ☐ No ☐	SEGURO PRIMARIO: si tiene	
Contacto de emergencia (no vive con usted):	Relación:	Nombre del Asegurado:

Asegurado: HMO ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ OTHER ☐

¿A QUÉ GRUPO MÉDICO ESTÁ ASIGNADO?:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NÚMERO DE GRUPO:
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES:	Ciudad:	Estado:
Código Postal:	Teléfono:	
¿Tiene documentos para cargar?: Sí ☐ No ☐		

Cargar Anverso del Seguro:

Cargar Reverso del Seguro:

Firma del Paciente:	Fecha:
Firma de la Pareja:	Fecha:

Historial de Infertilidad

Tiene un Útero

Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:	Edad:
Dirección:	Ocupación:	Dirección de la calle de casa:	Ciudad:
Estado:	Código Postal:	País:	Correo electrónico:

HISTORIAL E INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Motivo de la visita: Evaluación de Infertilidad ☐ Inseminación de Esperma ☐ Otro ☐

Razón de la consulta (otra) _____

¿Cuáles son sus expectativas para esta visita?: _____

Cualquier pregunta que desee abordar: _____

¿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 recoger una muestra de semen, etc.?: Sí ☐ No ☐

¿Cuántos meses ha tenido relaciones sexuales sin usar ningún tipo de control de 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 Voluntarias (Abortos): _____

Número de Partos a Término Completo: _____

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 aplica, por favor especifique:

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

Historial del Ciclo Menstrual

Patrón del ciclo menstrual (marque todos los que apliquen):

- ☐ Períodos regulares
- ☐ Períodos irregulares
- ☐ Manchado antes de los períodos
- ☐ Sin períodos
- ☐ Períodos abundantes
- ☐ Períodos ligeros
- ☐ Sangrado entre períodos

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

¿Cuántos días de sangrado tiene?: _____

Edad en que tuvo su primer período: _____

¿Cuántos períodos tiene al año?: _____

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

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

Siempre __ **A veces** __ **Recientemente** __ **En el pasado:** _____

Historial Sexual

¿Cuántas veces tiene relaciones sexuales por semana?: Sí ☐ No ☐

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

¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?: Sí ☐ No ☐

Historial Médico del Papanicolaou

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

¿Cuándo fue su último Papanicolaou anormal?: _____

¿Se ha sometido a algún procedimiento como resultado de un Papanicolaou anormal?: Sí ☐ No ☐

Sí (marque todos los que apliquen):

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

Historial de Exámenes Mamarios

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

Fecha:

Resultado:

_____	_____
-------	-------

¿Se realiza autoexámenes mamarios?: Sí ☐ No ☐

Historial médico

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

Por favor, liste y describa las reacciones:

¿Es alérgico a algún alimento (cacahuates, huevos, etc.)? Sí ☐ No ☐

Por favor, liste y describa las reacciones:

¿Toma algún medicamento?: ☐ Sí ☐ No

Si es sí, por favor, liste: _____

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

Si es sí, por favor, liste:

¿Tiene algún problema médico?: ☐ Sí ☐ No

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

Historial médico

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

¿Fuma cigarrillos?: ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos al día?:

¿Bebe alcohol?: ☐ Sí ☐ No

Historial Quirúrgico

¿Ha tenido alguna cirugía?: ☐ Sí ☐ No

¿Tuvo algún problema con la anestesia?:

Síntomas Físicos

• General:

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

(Describe si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo 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

(Describe si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Respiratorio:**

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Asma
- ☐ Bronquitis
- ☐ Neumonía
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Tos con sangre
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

(Describe si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares) _____

• **Endocrino/Hormonal:**

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

(Describe si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Información Mamaria:**

- ☐ Secreción
- ☐ Bultos
- ☐ Mamografía anormal
- ☐ Reducción
- ☐ Aumento/Implantes de Senos
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

(Describe si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Problemas Neurológicos:**

- ☐ Debilidad/Pérdida de equilibrio
- ☐ Convulsiones/Epilepsi
- ☐ Dolores de cabeza

- ☐ Migrañas
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

(Describa si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo 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, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo 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
- ☐ Pérdida de orina
- ☐ Herpes
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

(Describa si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Piel/Extremidades:**

- ☐ Erupción/inflamación inexplicable
- ☐ Acné
- ☐ Cáncer de piel
- ☐ Quemaduras
- ☐ Lunares que cambian de apariencia
- ☐ Crecimiento excesivo de vello
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

(Describa si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Musculoesquelético:**

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

(Describa si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Hematológico:**

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

(Describa si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Cardiovascular:**

- ☐ Palpitaciones/Latidos omitidos
- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Ataque al corazón
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Soplos
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Prolapso de la válvula mitral
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno

(Describa si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)

• **Problemas de Salud Mental:**

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

(Describa si aplica, así es consistente con los demás respuestas - hacerlo para todas las respuestas similares)_____

Trastornos en su Familia

Trastornos Médicos	Sí/No/No lo sé	Si es sí, por favor, liste la relación con usted
--------------------	----------------	--

Cáncer de seno	_____	_____
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 todos los que apliquen):

	Pruebas previas	Fecha	Resultados
☐	Prueba de tiroides	_____	_____
☐	Prueba de ovulación	_____	_____
☐	Análisis de sangre del Día 3 para el nivel de FSH	_____	_____
☐	Histerosalpingografía (HSG)	_____	_____
☐	Laparoscopia	_____	_____
☐	Cirugía de histeroscopia	_____	_____
☐	Análisis de sangre de progesterona	_____	_____
☐	Kit de análisis de sangre de prolactina	_____	_____
☐	Ninguna de estas		

Tratamiento previo (marque todos los que apliquen)

☐ Inseminación Intrauterina

No. de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA)	Resultado

☐ Citrato de clomifeno con relaciones sexuales programadas

No. de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA)	Resultado

☐ Inyecciones diarias de medicamentos para la fertilidad con inseminación

No. de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA)	Resultado

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

No. de ciclos _____

# de óvulos	# de embriones transferidos	# Congelados

List

Fechas (MM/AA a MM/AA)	Resultado

☐ Transferencias de embriones congelados

No. de ciclos: _____

List

Fechas (MM/AA a MM/AA)	Resultado

# óvulos	# de embriones transferidos	# Congelados

☐ Ninguno de estos

Cualquier otro tratamiento previo (describa): _____

Información Adicional/Complicaciones: _____

¿Tiene cónyuge/pareja?: ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Por favor, especifique: _____

HISTORIAL E INFORMACIÓN MÉDICA DE LA PAREJA

Mi pareja tiene pene.

Lista de medicamentos actuales: _____

Lista de cualquier problema médico actual: _____

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

¿Fuma cigarrillos?: ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos al día?: _____ ¿Cuántos años?: _____

¿Bebe alcohol?: ☐ Sí ☐ No

Si bebe alcohol:

☐ Cerveza

☐ Vino

☐ Licor

Por semana:_____

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

Si es sí, por favor, describa:_____

¿Hace ejercicio?: ☐ Sí ☐ No

Si es sí, 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?:_____

¿Ha tenido 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

☐ VIH/SIDA

☐ Herpes

☐ Verrugas genitales/VPH

☐ Sífilis

☐ Hepatitis

☐ Otro

Si es otro, por favor describa:_____

¿Toma algún medicamento?:_____

¿Ha tenido una vasectomía?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Ha tenido una reversión de vasectomía?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Ha tenido cirugía para la reparación de un varicocele?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Ha tenido cirugía de hernia?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Se sometió a alguna cirugía de vejiga o pene de niño?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Ha recibido quimioterapia para el cáncer?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

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

Por favor, liste y describa las reacciones_____

FIRMA DEL CÓNYUGE/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: _____

☐ **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: _____

PACIENTES DE ALMACENAMIENTO

☐ **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.