

FORMULARIO ACTUALIZADO DE REGISTRO

Información de la paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha actual: _____

Otro nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (calle): _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono del hogar: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Int.: _____

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono del médico de atención primaria: _____

Sexo biológico: Masculino Femenino **Identidad de género:** Masculino Femenino No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino

Estado civil: Soltera Casada Viuda Separada Divorciada En pareja

Información de actualización de la farmacia

Nombre de la farmacia: _____ Local Envíos

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Nombre de la farmacia: _____ Local Envíos

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Información del seguro

NOMBRE DEL PROVEEDOR PRIMARIO: _____

Número de identificación/certificado: _____ Número de grupo/plan: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR SECUNDARIO: _____

Número de identificación/certificado: _____ Número de grupo/plan: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Comunicaciones electrónicas

Correo electrónico: Entiendo que Axia **no** compartirá mi dirección de correo electrónico con terceros. Utilizará mi dirección para enviarme anuncios importantes sobre mi centro de atención o mi proveedor, como cierres de consultorios o cambios en los servicios, y otros anuncios que no sean médicos y estén relacionados con Axia o con mi centro de atención. Axia ofrece comunicaciones electrónicas seguras entre las pacientes y su consultorio a través del Portal de la paciente.

Sí, quiero participar. Utilice la dirección de correo electrónico que brindé antes. No, no deseo participar.

Recordatorios automáticos: Axia Women's Health envía recordatorios automáticos a través de mensajes de texto o llamadas automáticas. Si elijo participar, entiendo que utilizarán el teléfono celular que indiqué antes.

Sí, acepto participar. (Elija un método) Mensajes de texto Llamadas de voz

No, **no** quiero participar.

Acepto que Axia Women's Health o sus agentes pueden comunicarse conmigo por teléfono celular, incluso a través de mensajes de texto o llamadas automáticas, que pueden generar cargos a mi cuenta.

Médico Acompañante

¿Quiero que esté presente una acompañante mujer durante mi examen? Sí No Otro (estará presente un familiar, pareja, etc.)

Firma de la paciente

La información brindada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que le paguen los beneficios de mi seguro directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de pagar cualquier saldo. También autorizo a mi proveedor o compañía de seguros a divulgar cualquier información que se requiera para procesar mis reclamos.

Firma de la paciente: _____

Fecha: _____