

Identifying Information: (Información de Identificación)

Last Name (Apellido)	First Name (Nombre)	M.I. (Inicial del 2 ^{do} Nombre)	Age (Edad)
	/ /		
Social Security # (Núm. De Seguro Social)	D.O.B. (Fecha de Nacimiento)	Gender (Sexo)	Marital Status (Estado Civil)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	State (Estado)	Zip (Cód. Postal)
	/ /		
E-Mail Address (Dirección de E-mail)	Today's Date (Fecha de Hoy)	Occupation (Ocupación)	
()	()	()	
Home Phone (Teléfono Particular)	Cell Phone (Teléfono Celular)	Work Phone (Teléfono Laboral)	

Partner's Last Name (Apellido de la Pareja)	Partner's First Name (Nombre de la Pareja)	Partner's M.I. (Inicial del 2 ^{do} Nombre de la pareja)
	()	()
Partner's Occupation (Ocupación de la Pareja)	Partners Work # (Tel. Laboral de la Pareja)	Partner's Cell # (Tel. Celular de la Pareja)

Referral Type (Physician, Friend, Yellow Pages, etc.) Recomendado por (Médico, Amigo, Páginas Amarillas, etc.)	Main Medical Problem (Principal Problema Médico)
Referral Name (not physician) Nombre de la recomendación (no el médico)	Ref. Address (Dirección de la recomendación)
Referral Physician Name (Nombre del Médico que ha realizado la derivación)	Ref. City (Ciudad de la recomendación)
Ref. Physician Address (Dirección del Médico que ha realizado la derivación)	Ref. State (Estado de la Recomendación)
Primary Care Physician Name (Nombre del Médico Principal)	Ref. Phys. City/State (Ciudad/Estado del Médico que ha realizado la derivación)
Prim. Care Phone # (Teléfono del Médico principal)	Ref. Phys. Zip (Cód. Postal del Médico que ha realizado la derivación)
Prim. Care Fax # (Fax del Médico principal)	Prim. Care Zip/State (Cód. Postal / estado del Médico principal)

Please Furnish Your Insurance Card So That A Copy Can Be Made
(Por favor suministre su tarjeta del Seguro para que pueda realizar una copia)

Required Insurance Information:
(Información requerida del seguro)

<hr/> Insurance Company Name (Nombre de la Compañía de Seguros)	<hr/> HMO, POS, PPO? (¿HMO, POS, PPO?)	
<hr/> Policy Holder Last Name (Apellido del Titular de la Póliza)	<hr/> Policy Holder First Name (Nombre del Titular de la Póliza)	<hr/> Relation To Patient (Relación con el paciente)
<hr/> Policy Holder SSN (Número de Seg. Social del Titular de la Póliza)	<hr/> Policy Holder D.O.B. (Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza)	<hr/> Policy Holder Gender (Sexo del Titular de la Póliza)
<hr/> Policy ID Number (Numero de Polisa)	<hr/> Group Number (Número de Grupo)	
<hr/> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si No		
<hr/> Specific Lab Required for Testing? ¿Se requiere la realización de la prueba en un laboratorio particular?	<hr/> If "Yes", Laboratory Name? Si se requiere, ¿Cuál es el Nombre del Laboratorio?	

Authorizations and Payment Agreement
(Acuerdo de Autorizaciones y Pago)

I agree to the following:

1. When assignment is accepted, I hereby authorize payment be made to Craig R. Sweet, M.D., for benefits (including major medical) payable under the terms of my insurance or governmental coverage for any services I receive at Specialists in Reproductive Medicine & Surgery, P.A. (SRMS).
2. I hereby authorize Craig R. Sweet, M.D., to release copies of my medical records, if requested by my insurance company, to assist in obtaining reimbursement for charges.
3. In the event that a balance remains on the account for past due charges, I hereby authorize Craig R. Sweet, M.D., to file claims assigned to assist in satisfying outstanding charges.
4. I understand that I am responsible for any balance on my account not covered by my insurance company.

Acepto lo siguiente

1. Cuando sea aceptada la asignación, yo autorizo que se realice el pago a Craig R. Sweet, M.D. por las prestaciones (incluyendo tratamiento médico) bajo los términos de mi seguro o cobertura gubernamental por cualquiera de los servicios que reciba en Specialists in Reproductive Medicine & Surgery, P.A. (SRMS).
2. Autorizo a Craig R. Sweet, M.D., a difundir mis registros médicos, si esto fuera requerido por mi compañía de seguros, para asistir en la obtención del reembolso de los cargos.
3. En la circunstancia de que permaneciera un saldo en su cuenta por cargos debidos en el pasado, por la presente autorizo que Craig R. Sweet, M.D., para presentar reclamaciones para asistir en el pago de los cargos pendientes.
4. Comprendo que soy responsable por cualquier saldo en mi cuenta que no fuera cubierto por mi compañía de seguros.

Patient/Authorized Person's Signature
(Firma de la Persona Autorizada/Paciente)

Date
(Fecha)

Spouse/Authorized Person's Signature
(Firma de la Persona Autorizada/Esposa)

Date
(Fecha)

Realizing that SRMS routinely treats the "couple" and not simply the individual, it is often necessary to combine the medical history of one partner into the other's medical record. It is also common that the medical problems of one partner are discussed with the other.

I hereby authorize Craig R. Sweet, M.D., or his designee, to discuss and if necessary, release medical history information which pertains to the treatment I receive at **SRMS**, with my partner or other medical professionals directly involved with my medical care.

Al comprender que SRMS como rutina trata a la "pareja" y no simplemente al individuo, normalmente se requiere combinar el historial médico de un miembro de la pareja con los registros médicos de la otra persona. También es común que los problemas médicos de uno de los miembros de la pareja sean discutidos con la otra persona.

Por la presente autorizo a Craig R. Sweet, M.D., o a la persona por él designada, a discutir si fuera necesario, la divulgación del historial médico relevante al tratamiento que recibo en **SRMS**, con mi pareja u otros profesionales médicos directamente involucrados con mi cuidado médico.

Patient Signature
(Firma del Paciente)

Date
(Fecha)

I hereby authorize Craig R. Sweet, M.D., or his designee, to render medical care to me. I consent to any care that encompasses laboratory, diagnostic or other medical treatment that my physician or his/her trained assistant may deem necessary for my health & well being.

Por la presente autorizo a Craig R. Sweet, M.D., o la persona por él designada, que me provean de cuidados médicos. Consiento cualquier cuidado que involucre exámenes de laboratorio, diagnósticos u otro tratamiento médico que mi médico o su asistente entrenado puedan considerar necesario para mi salud y bienestar.

Patient Signature
(Firma del Paciente)

Date
(Fecha)

Minors Only
(Solamente Menores)

I give my permission to **SRMS** to disclose my medical information to the following persons:

Doy mi permiso a **SRMS** en divulgar mi información médica a las siguientes personas:

_____ Name (Nombre)	_____ Relationship (Relación)	_____ D.O.B. (Fecha de Nacimiento)
_____ Name (Nombre)	_____ Relationship (Relación)	_____ D.O.B. (Fecha de Nacimiento)

Minor Signature
(Firma del Menor)

Date
(Fecha)