



Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Jay Curkendall, M.D., F.A.C.O.G. • Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G.

Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G. M.D. • Laura Watters, M.D., F.A.C.O.G. • Nataliya Carlson, M.D.

Susan Gorman, M.D., F.A.C.O.G. • Carmen R. Gonzalez, M.D. D.A.B.O.G.

SACRAMENTO OFFICE
77 Cadillac Dr., Suite 230
Sacramento, CA 95825
Fax: 916 920-5709

WEST SACRAMENTO OFFICE
2101 Stone Blvd., Suite 110
W. Sacramento, CA 95691
Fax: 916 371-1166

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
8120 Timberlake Way, Suite 201
Sacramento, CA 95823
Fax: 916 681-7909

ИНФОРМАЦИЯ ПАЦИЕНТА

ИМЯ: _____ О. _____ ФАМИЛИЯ: _____
печатным шрифтом *отчество* *печатным шрифтом*

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ ВОЗРАСТ: _____ ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: _____
ММ/ДД/ТТТТ

АДРЕС: _____ **ДОМАШНИЙ НОМЕР:** () _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТ. ИНДЕКС: _____ **СОТОВЫЙ НОМЕР:** () _____

СОЦИАЛЬНЫЙ НОМЕР (SS#): _____ **РАБОЧИЙ НОМЕР:** () _____

СУПРУГ/ПАРТНЕР: _____ **СОТОВЫЙ НОМЕР:** () _____

МЕСТО РАБОТЫ: _____ **НАЗВАНИЕ АПТЕКИ:** _____

АДРЕС РАБОЧЕГО МЕСТА: _____ АДРЕС: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТ. ИНДЕКС: _____ ГОРОД: _____

ЭКСТРЕННЫЙ КОНТАКТ _____ **ПОЖАЛУЙСТА ПОДЕЛИТЕСЬ КТО НАС** _____

ДОМАШНИЙ НОМЕР: () _____ СОТОВЫЙ НОМЕР: () _____ **ВАМ ПОРЕКОМЕНДОВАЛ:** _____

АДРЕС: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ИНДЕКС: _____ **ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК:** _____

ПРИЧИНА ВАШЕГО ВИЗИТА СЕГОДНЯ? _____ **ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ МЕТОД КОНСТАТИРОВАНИЯ ДЛЯ** _____

_____ **НАПОМИНАНИЯ О ПРЕДСТОЯЩИХ ВИЗИТОВ ИЛИ ДРУГИХ** _____

_____ **ЭЛЕКТРОННЫХ СООБЩЕНИЙ:** _____

ГОЛОСОВОЕ СООБЩЕНИЕ СМС

ЕСЛИ ГОЛОСОВОЕ, ПОЖАЛУЙСТА ВЫБЕРЕТЕ НОМЕР:

ДОМАШНИЙ СОТОВЫЙ РАБОЧИЙ

СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я даю разрешение моей медицинской страховке выплачивать непосредственно Capital OB/GYN, Inc. Я понимаю что я финансово ответственна за все расходы не покрываемые моей медицинской страховкой.

Я также даю разрешение CapitalOB/GYN,Inc. предоставлять необходимую информацию нужную для процесса оплачивания

➔ ПОДПИСЬ _____

ДАТА _____

ММ/ДД/ТТТТ