



Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G. • Laura Watters, M.D., F.A.C.O.G.  
Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G. • M.Raquel Kronen, M.D., • Alison Hastings, D.O. • Jeannette I Frei, M.D.

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

MIDTOWN SACRAMENTO OFFICE  
2901 K St., Suite 209  
Sacramento, CA 95816  
Fax: 916 619-7224

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/ГГГГ*

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 \_\_\_\_\_ ШТАТ: \_\_\_\_\_ ПОЧТ. ИНДЕКС: \_\_\_\_\_

ДОМАШНИЙ НОМЕР: ( ) \_\_\_\_\_ СОТОВЫЙ НОМЕР: ( ) \_\_\_\_\_

АДРЕС: \_\_\_\_\_

ГОРОД: \_\_\_\_\_ ШТАТ: \_\_\_\_\_ ИНДЕКС: \_\_\_\_\_

ПРИЧИНА ВАШЕГО ВИЗИТА СЕГОДНЯ? \_\_\_\_\_

ПОЖАЛУЙСТА ПОДЕЛИТЕСЬ КТО НАС \_\_\_\_\_

ВАМ ПОРЕКОМЕНДОВАЛ: \_\_\_\_\_

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК: \_\_\_\_\_

ПРЕДПОЧТАЕМЫЙ 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/ГГГГ*