

**LIFESPRING WOMEN'S HEALTHCARE**  
**1200 S.E. 28th St, Suite 2**  
**Bentonville, AR 72712**

**DR. TODD HANNAH \* DR. LAWRENCE SCHMITZ \* DR. AMY FRY \* LORIE OSWALT,**  
**APN**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Referido Por \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# de Telefono en Casa \_\_\_\_\_ # del Trabajo \_\_\_\_\_

# de Telefono Portatil \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Por Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

Dirreccion del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ # de Tel. del Trabajo \_\_\_\_\_

Empleador del Esposo \_\_\_\_\_

Contacto en caso de Emergencia \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

Aseguranza (s) \_\_\_\_\_

Nombre del Portador \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# de ID \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

**FAVOR, TENGA SU TARJETA DE ASEGURANZA DISPONIBLE PARA UNA COPIA**

Firmando abajo autorizo que todos los pagos del seguro, si los hay, sean echos al abastecedor de servicios. Comprendo de que soy responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Autorizo al doctor a dar toda la informacion necesaria al seguro asegurando el pago de beneficios. Todos los cargos necesitan ser pagados al tiempo del servicio al menos que especificado de lo contrario. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones a la aseguranza.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Relacion del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy