

# Children's Physicians

## PAGINA DE INFORMACIONES DE PACIENTES

Idioma Primario: \_\_\_\_\_

**AL FAVOR DE LLENARLO COMPLETAMENTE:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Alergia \_\_\_\_\_

Direccion de Casa \_\_\_\_\_ Cd. \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero De Telefono (561) \_\_\_\_\_ Numero De Celular( ) \_\_\_\_\_

Nombre Del Padre \_\_\_\_\_ (Padrastro o Biologico) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_ Numero De Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajo \_\_\_\_\_ Numero de Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirceccion del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ (Madrastra o Biologica) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_ Numero De Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajo \_\_\_\_\_ Numero de Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de Persona(s) Con Quien Niño(a) Vives \_\_\_\_\_

Relacion de los padres Biologico: CASADOS---DIVORCIADOS---SOLTEROS---VUIDO(A)

QUIEN ES RESPONSABLE POR EL PAGO? Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre Encargo del Seguro Medico \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañia de Seguro Medico \_\_\_\_\_

Direccion de la Compañia de Seguro Medico \_\_\_\_\_

Numero de la Policia del Seguro Medico \_\_\_\_\_ Numero del Grupo o Plan \_\_\_\_\_

Nombre(s) de otro hijo(s) que se atienden en esta oficina \_\_\_\_\_

Nombre y Direccion de un familiar que no vives en la misma casa con usted \_\_\_\_\_

### **CONCEDER Y AUTORIZAR**

Le doy autorizacion a mi compañia de seguro medico a mandarle pagos directamente a Children's Physicians por todo los servivios medicos cumplido. Yo le doy autorizacion a Children's Physicians para usar mi informacion personal y firma para recibir pago de mi compañia de seguro medico y tambien para descargar el historial de medicamentos si esta disponible.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

CON'T DE INFORMACION SOBRE el PACIENTE

**Assignamiento de Beneficios**

En parte de esta nino, yo authorizo que liberen todos los pagos y informacion medica necesaria para procesar este reclamo o otros reclamos relacionados. Le pido que todos pagos sean hecho a CHILDREN'S PHYSICIANS, quienes aceptan beneficios assignados.

**Consentimientos para Tratamientos**

En parte de este nino, yo voluntariamente doy consentamiento para que CHILDREN'S PHYSICIANS le presente cuidado medico. Yo entiendo que el nino esta bajo el cuido y supervision del medico atendiendo y es la responsabilidad de sus empleados asegurarse sobre cargar las instrucciones de los medicos.

**Liabilidad Financiera**

Yo garantizo pagare de todas cuentas requerida para este nino que no sean cubrida por el seguro medico. Esta oficina reclamara esta cuenta con nuestra compania de seguro, siemprecuando que yo facilite la apropiada informacion a la oficina.

**Authorisacion de Liberar Informacion**

Yo authoriso CHILDREN'S PHYSICIANS que libere toda informacion requerida en el curso de examinacion y tratamiento por el proposito de seguro, auto, accidentes escolares y beneficios de pagares con Medicaid.

**Servicios No Cubridos**

Yo reconozco que servicios y tratamientos no cubridos por mi compania de seguro medico seran mi responsabilidad y pagares seran submitidos inmediatamente.

Quien los referio a nuestra practica? \_\_\_\_\_

Firma de Persona Authorisada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# CHILDREN'S PHYSICIANS

## PARA PACIENTES NUEVO O ESTABILISADOS:

BIENVENIDOS A NUESTRA PRACTICA!

Queremos clarificar nuestra policas sobre lo siguiente y les pedimos que lean y firmen al entender lo contenido.

COPAGARES- Copagares seran collectados al principio de su visita. Por favor paguele a la recepcionista su cuenta al llegar.

RECETAS/RECAMBIOS- Por favor marque su calendario una semana antes que su receta se le termine para recordarse que tienen que llamar su oficina y pedir la receta. **TODAS LAS RECETAS REQUIEREN AUTORICACION DE UN MEDICO.** Por favor llamen a la linea de Recetas a ( 561) 799-5239 antes de las 3:00p.m. para poder tener suficiente tiempo para llamar sus recetas. Por Favor Noten: Medicamentos para ADD tienen que ser recojidos en la oficinas.

REFERIDOS- Cuando pidiendo un referido por telefono por favor llamen a la cordinadora a ( 561) 799-5244. Dejenle un mensaje conteniendo el nombre del paciente ( deletariado) fecha de nacimiento, nombre del seguro medico, nombre del especialista y razon por referido, y un telefono adonde localizarlos. Por favor permitan 2 semanas para el procesamiento de el referido. Muchas companias tienen numeros de telefono especiales. Referidos para el mismo dia seran dados solamente por casos de emergencia- no seran para visitas rutinas. Referidos solamente seran obtenidos depues que nuestro medicos haigan revisado y dado aprovacion. En varios casos tendran que consultar un medico antes de poder aprobar un especialista o poder sacarse placas.

TODOS LOS REFERIDOS SERAN OBTENIDO EN ORDEN DE NECESIDAD MEDICA  
Les pedimos que sean paciente, llamadas repetidas solamente atrasara el proceso. Al completar su referido sera recojido en nuestra oficina, enviado a su casa o faxiado al padre. Por favor dejen saber su preferencia. Referidos no seran faxiado a su especialista.

CANCELACIONES- Por favor llamen para cancelar su sita para que otro paciente tengan la oportunidad a los servicios medicos. Citas que no sean canceladas seran permanentemente notada en su archivo medico. Si el paciente continuamente no aparecen a sus citas la practica no tendrien otra ortenativa que terminar la relacion con nuestra practica.

GRACIAS POR SU COOPERACION CON NUESTRAS POLICIAS. ESTAMOS AQUI PARA AYUDARLES Y ESPERAMOS PODER TENER UNA RELACION POR LARGO TIEMPO.

---

Firma del padre o guardian

Fecha

Si quieren una copia de esta formulario por favor dejele saber a la recepcionista.