

Children's Physicians Información al Paciente

Información de Pacientes y Hermanos

Apellido	Nombre	Inicial	DOB	SSN	Sexo
_____	_____	_____	_____	_____	M / F / Otro
_____	_____	_____	_____	_____	M / F / Otro
_____	_____	_____	_____	_____	M / F / Otro

Si el paciente tiene 16 años o mas, necesitamos su numero de teléfono _____

Información de Padres

Información de la Madre				Información del Padre			
Apellido	Nombre	Inicial	DOB	Apellido	Nombre	Inicial	DOB
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SSN: _____				SSN: _____			
Correo electrónico: _____				Correo electrónico: _____			
Dirección residencial: _____				Dirección residencial: _____			
Ciudad/Código Postal: _____				Ciudad/Código Postal: _____			
Teléfono celular: _____				Teléfono celular: _____			
Nombre del Empleador: _____				Nombre del Empleador: _____			
Tel. del Trabajo: _____				Tel. del Trabajo: _____			

Estado civil de los padres: Casado Soltero Divorciado/Separado

Información del Segur

Nombre del Segure: _____ Titular de la Póliza: _____
 Número de la Poliza: _____ Grupo/Nombre del Plan: _____

Información del garantizador del pago (a quién se le va a enviar la factura si la dirección arriba puesta es diferente)

Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección residencial: _____
 Ciudad/ Código Postal: _____ Tel.: _____

Información de contacto en aso de emergencia

Nombre del familiar o persona mas cercana): _____ Relación: _____
 Dirección residencial: _____
 Ciudad/Código Postal: _____ Tel.: _____

Cómo escuchaste de nosotros? Quién te refirió? (Escoja todo lo que applique)

Amigo/familiar: (nombre) _____ Doctor/Hopital: (nombre) _____
 Aseguradora Internet Medios Sociales Visual Paciente Anterior

Raza Blanca Negro Indígena Americano/Nativo de Alaska
 Asiático Hawaiano Nativo/isleño del Pacifico

Étnico Hispanico o Latino No Hispanico o Latino

Lenguaje Inglés Español Criollo Chino
 Japonés Vietnamita Filipino Otro: _____

Farmacia: _____ Tel # _____

PERSONAS AUTORIZADAS A TRAER EL NINO A LAS CITAS – PERSONAS QUE NO SEAN LOS PADRES – (deben ser majors de 18 anos)

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ DOB: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación al paciente: _____ DOB: _____ Teléfono: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE DOCUMENTOS

Por la presente autorizo el pago directo a Children’s Physicians y todo los beneficios del seguro que de otra manera me son pagables por los servicios prestado. Autorizo a Children’s Physicians a divulgar cualquier información requerida para asegurar el pago de descargar los beneficios de mi seguro. Autorizo el uso de esta firma en todos los envios de seguros y cualquier historial de medicamentos disponibles.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

En nombre de este niño(a) doy mi consentimiento voluntariamente para la prestación de atención médica a cuidado de Children’s Physicians. Entiendo que el niño(a) está bajo el cuidado del medico tratante y es responsabilidad del personal llevar a cabo las instrucciones de dicho médico(s).

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Garantizo el pago de todas y cada una de las factures emitidas por dicho niño(a) que no están cubiertas o permitidas por el seguro. Esta oficina archivará la factura con mi compañía de seguros, siempre que proporcione la información de seguro adecuada a esta oficina.

Entiendo que si tengo un saldo impago a Children’s Physicians y no hago arreglos de pago satisfactorios, mi cuenta se colocará en una agencia de cobranza externa. Seré responsable del reembolso de cualquier tarifa de la agencia de cobranza, incluyendo todos los costos y gastos incurridos en el cobro de mi cuenta y posiblemente incluyendo honorarios razonables de abogados si así se incurre durante los esfuerzos de cobro.

Para que Children’s Physicians o su agencia de cobranza externa designada pueda atender mi cuenta, y donde no esté prohibido por la ley applicable, acepto que Children’s Physicians y la agencia de cobranza externa designada esté autorizada a contactarme por teléfono a los números que estoy proporcionando, incluyendo el teléfono celular.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____