

Pediatric Associates, LLP

Formulario de Registro del Paciente

Fecha: ____/____/____

Acct #: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: (M/F) _____

¿Lenguaje primario? _____

Hijos Adicionales:

Apellido: _____ Nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: (M/F) _____

¿Lenguaje primario? _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: (M/F) _____

¿Lenguaje primario? _____

Dirección Residencial:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

Padre:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ¿Paciente vive con usted? SI / NO

Número de Celular: (_____) _____ - _____ Email Personal: _____

Numero de Trabajo: (_____) _____ - _____ Email del Trabajo: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Madre:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ¿Paciente vive con usted? SI / NO

Número de Celular: (_____) _____ - _____ Email Personal: _____

Numero de Trabajo: (_____) _____ - _____ Email del Trabajo: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Contacto en caso de emergencia: (excluyendo padres)

_____ (_____) _____ - _____

(Nombre)

(Relación)

(Teléfono)

Pediatric Associates, LLP

Formulario de Registro del Paciente

Información de Seguro Médico:

Primario Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo del Asegurado: Masculino / Femenina

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Nombre de Seguro: _____

Póliza#: _____ Grupo#: _____

Secundario Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo del Asegurado: Masculino / Femenina

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Nombre de Seguro: _____

Póliza#: _____ Grupo#: _____

Si los padres están divorciados por favor de llenar esta sección:

¿Quién tiene custodia? _____

¿Hay restricciones que prohíban al padre/madre que no tiene custodia obtener información médica del paciente o consentir el tratamiento médico? **Si / No**

Si contestó "Si" por favor presente documentación legal que explique las restricciones.

¿Cómo le gustaría recibir la siguiente información? (seleccione uno)

Información médica: **Teléfono:** Casa / Celular / Trabajo **Email:** Personal / Trabajo

Citas: **Teléfono:** Casa / Celular / Trabajo **Email:** Personal / Trabajo

Notificaciones: Dirección Residencial / **Teléfono:** Casa / Celular / Trabajo **Email:** Personal / Trabajo

Estado de Cuenta: Dirección Residencial / **Email:** Personal / Trabajo

Avisos General: Dirección Residencial / **Teléfono:** Casa / Celular / Trabajo / Email Personal

Portal del Paciente: Teléfono Celular / **Email:** Personal / Trabajo

Preguntas Adicionales:

¿Quién debe recibir el estado de cuenta? _____

¿Dirección para enviar el estado de cuenta? (si es diferente a su dirección residencial)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

Pediatric Associates, LLP

Formulario de Registro del Paciente

Debido a la confidencialidad del paciente, indique a continuación si desea permitir algún familiar o amigos cercanos llevar a su hijo(a) a la oficina para atención médica. También, podemos comunicar con las siguientes personas materia de citas e información médica o curso de tratamiento. Tengo entendido que esto se mantendrá en efecto hasta que yo de aviso por escrito a Pediatric Associates quitar cualquiera de las personas mencionadas abajo.

_____ (Nombre)	_____ (Relación)	(_____) _____ - _____ (Teléfono)
_____ (Nombre)	_____ (Relación)	(_____) _____ - _____ (Teléfono)

_____ (iniciales) A partir del 21 de abril del 2014, Pediatric Associates, empezó a utilizar el sistema DrFirst Nacionales de prescripción. Estamos obligados a obtener su autorización, lo que nos permitirá obtener beneficios de medicamentos de receta, así como las directrices formulario de la empresa aseguradora. Este consentimiento también nos va a permitir obtener la receta de la base de datos nacional para que nos ayude a obtener información muy importante, que incluye efectos secundarios, etc...

_____ (iniciales) Usted está de acuerdo, a fin de que podamos al servicio de nuestra cuenta, o para recoger cualquier cantidad que deba, nos pondremos en contacto con usted por teléfono, en cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluyendo números de celulares, lo cual podría resultar en cargos a usted. También podemos ponernos en contacto con usted por medio del envío de mensajes de texto o mensajes de correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que usted nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pre-grabado de voz artificial y/o el uso de un dispositivo marcado automático, según corresponda.

_____ (iniciales) Algunas compañías de seguros han determinado que los exámenes físicos anuales deben facturarse por separado del tratamiento de cualquier problema activo encontrado al mismo tiempo. Estamos obligados por esta regla a su examen anual de la cuenta como un examen físico y no por ningún diagnóstico activo que tenga. Por ejemplo, si hay un problema activo que requiere tratamiento/medicamentos o algún análisis (es decir, hiperactividad o faringitis estreptocócica), es posible que se le cobre además de su examen anual un nivel adecuado de servicio. Por lo tanto, es posible que usted reciba dos cargos de visita de consultorio por los servicios prestados en el momento de su cita.

AL FIRMAR RECONOSCO QUE HE RECIBIDO EL **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS INDIVIDUALES**. YO AUTORIZO A PEDIATRIC ASSOCIATES PARA BRINDAR ATENCION MEDICA A MI HIJO(A). TAMBIEN AUTORIZO A PEDIATRIC ASSOCIATES PARA PROPORCINAR INFORMACION SOBRE LAS VACUNAS DE MI HIJO(A) A LAS INSTALACIONES MEDICAS, ESCUELAS Y GUARDERIAS. AL FIRMAR, DOY MI CONSENTIMIENTO A PEDIATRIC ASSOCIATES UTILIZAR O REVELAR INFORMACION SOBRE MI HIJO(A) (U OTRA PERSONA A LA QUE TIENE AUTORIDAD PARA FIRMAR) QUE ESTAN PROTEGIDOS POR LA LEY FEDERAL, CON EL UNICO PROPOSITO DE TRATAMIENTO, PAGO O OPERACIONES DE ATENCION MEDICA. PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO. TAMBIEN TENGO ENTIENDIDO QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE NO SEA CUBIERTA POR MI SEGURO.

FIRMA DE
PADRE: _____ FECHA: ____/____/____

FIRMA DE
MADRE: _____ FECHA: ____/____/____