

Premiere Pediatrics

Formulario De Inscripción INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:	_____	_____	_____
	(APELLIDO)	(PRIMER NOMBRE)	(SEGUNDO NOMBRE)
FECHA DE NACIMIENTO:	_____	MASCULINO o FEMENINO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCIÓN:	_____	_____	_____
	(CALLE/PO Box)	(CIUDAD Y ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)
IDIOMA:	_____	ETNICIDAD: HISPANO NO HISPANO INCÓGNITO	
RAZA:	_____	DECLINO A ESPECIFICAR	

PADRES/TUTOR LEGAL

MADRE:	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____
	PADRES/TUTOR LEGAL		
NÚMERO TELFÓNICO PRINCIPAL:	_____	TEXT Sí o No	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCIÓN:	_____	_____	_____
	(CALLE/PO Box)	(CIUDAD Y ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)

PADRE:	_____	FECHA DE NACIMIENTO:	_____
	PADRES/TUTOR LEGAL		
NÚMERO TELFÓNICO PRINCIPAL:	_____	TEXT Sí o No	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCIÓN:	_____	_____	_____
	(CALLE/PO Box)	(CIUDAD Y ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)

PREVEEDOR MÉDICO DEL PACIENTE:	_____
EL PACIENTE VIVE CON: (POR FAVOR ESPECIFIQUE)	MADRE PADRE OTRO: _____
HERMANOS QUE RESIDEN EN ESTE HOGAR:	_____

MÉTODOS DE CONTACTO PREFERIDOS

NOMBRE DEL INDIVIDUO PREFERIDO PARA CONTACTAR:	_____
NÚMERO TELEFÓNICO _____	RECORDATORIOS: MENSAJE DE TEXTO
RECIBOS/PORTAL PARA EL PACIENTE:	CORREO ELECTRÓNICO: _____
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: (OTRO APARTE DE PADRES)	RELACIÓN: _____
NÚMERO TELEFÓNICO DE EMERGENCIA: _____	EL CONTACTO DE EMERGENCIA INDICADO TEINE PERMISO PARA INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA SOLAMENTE.

SEGURO MEDICO PRINCIPAL

NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL:	_____
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES DE SEGURO:	_____
IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO: _____	NÚMERO DE GRUPO: _____
NOMBRE DEL PORTADOR DEL SEGURO MÉDICO:	RELACIÓN AL PACIENTE: _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PORTADOR DEL SEGURO MÉDICO:	NÚMERO TELEFÓNICO: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO: _____

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES DE SEGURO: _____

IDENTIFICACIÓN DEL _____

MIEMBRO: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL PORTADOR DEL SEGURO MÉDICO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

PORTADOR DEL SEGURO MÉDICO: _____ TELEFÓNICO: _____

****DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN****

Entiendo que doy permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) para programar, traer y tener acceso a información médica y/o financiera SOLAMENTE para las fechas en que acompañan a mi(s) hijo(s).

****Las personas enumeradas pueden tener acceso a información financiera y/o médica específica SOLAMENTE si se indica a continuación.*

NOMBRE: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SER DIVULGADA: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SER DIVULGADA: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SER DIVULGADA: _____

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y PONGA SUS INICIALES

Entiendo que el comunicado anterior permanecerá en vigor hasta que se solicite un cambio por escrito. Entiendo que ambos padres biológicos tienen acceso a la divulgación completa (incluso el padre sin custodia) y ambos pueden autorizar representantes a menos que la patria potestad haya sido rescindida por orden judicial. Si existen esas órdenes judiciales, debo presentar copias actuales para el archivo de mi hijo.

He revisado y acepto la Política financiera, que establece que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Entiendo que mi cobertura está determinada por un acuerdo que hice con mi compañía de seguros y que las denegaciones de seguros no reflejan las opiniones de Premiere Pediatrics. Soy consciente de que si mi hijo tiene síntomas de enfermedad durante un examen de bienestar, se puede facturar una visita por separado y se pueden aplicar copagos y/o deducibles, según lo determine mi plan de seguro.

Me han proporcionado las políticas de la oficina. Entiendo que puedo recibir copias adicionales de cualquier política si la solicito.

Entiendo que se requiere mi tarjeta de seguro y una identificación con foto en la ventanilla de registro, así como cualquier copago y/o saldo vencido en mi cuenta.

Entiendo que se puede cobrar una tarifa por las citas perdidas, y se puede considerar el despido por un alto volumen de citas perdidas, según la política de la oficina.

Soy consciente de que los tiempos de espera de las citas pueden variar.

He leído y estoy de acuerdo con las políticas de Premiere Pediatrics. Doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo, así como para el uso y la divulgación de la PHI (Información de salud protegida) de mi hijo para llevar a cabo TPO (Operaciones de terceros) como se describe en la Política de privacidad de nuestra oficina. Atestiguo que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____