

Acct _____

INFORMACION FAMILIAR

(PORFAVOR COMPLETE AMBOS LADOS)

Date: _____

PACIENTE(s) NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	# DE SOCIAL SECURITY
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Direccion _____		Telefono () _____	
Ciudad _____	Estado _____	Codigo Postal _____	
Correo Electronico: _____			
Medico General _____			

Circula uno: Madre / Padre / Guardián

Nombre _____	Fecha de Nac. _____	# de Social Security _____
Direccion _____	Telefono () _____	
Empleador _____	Trabajo # () _____	
Direccion de Empleador _____		

Circula uno: Madre / Padre / Guardián

Nombre _____	Fecha de Nac. _____	# de Social Security _____
Direccion _____	Telefono () _____	
Empleador _____	Trabajo # () _____	
Direccion de Empleador _____		

Seguro de Salud Primario _____	Telefono () _____
# de Poliza _____	# de Grupo _____
Seguro a Nombre de _____	Relacion con el Paciente _____

Seguro de Salud Secundario _____	Telefono () _____
# de Poliza _____	# de Grupo _____
Seguro a Nombre de _____	Relacion con el Paciente _____

En Caso de Emergencia Contacto (aparte de los padres) _____
Relacion con el Paciente _____ Telefono () _____
Paciente Referido Por _____

AUTORIZACION PARA SOLICITAR EL TRATAMIENTO MEDICO

Los individuos siguientes son autorizados para solicitar el tratamiento medico para mi hijo(a) en mi ausencia:

Nombre: _____ Relacion con el Paciente _____

Nombre: _____ Relacion con el Paciente _____

Firma de Padres/Guardian _____ Fecha _____

AUTORIZACION PARA OTORGAR INFORMACION MEDICA Y ASIGNAR LOS BENEFICIOS

Yo autorizo el descargo de cualquier informacion medica, necesaria para procesar la demanda de un seguro y en el caso de beneficios asignados, autorizo enviar por la presente el pago directamente al medico.

Firma de Padres/Guardian: _____ Fecha _____

ASUNCION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo entiendo que yo soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos en mi cuenta, que mi compania de seguro no cubra. Estos cargos seran pagados al momento del servicio, a menos que sean sometidos a la compania de mi seguro con quien "the Pediatric Group" tiene un contrato participante. Yo tambien entiendo que los servicios no cubiertos bajo mi poliza de seguro y cualquier balance pendiente se vuelve mi responsabilidad completa. El procedimiento de colecciones esta constituido para enforzar el pago de cuotas debidas a "the Pediatric Group". Yo/Nosotros al firmar este acuerdo no comprometemos en pagar la suma adicional de veinticinco por ciento (25%) de la deuda principal como; honorarios del abogado, mas las cuotas judiciales y todo lo asociado.

Firma de Padres/Guardian: _____ Fecha _____

**ES SU RESPONSABILIDAD EL NOTIFICAR A ESTA
OFICINA INMEDIATAMENTE DE CUALQUIER
CAMBIO EN LA INFORMACION ANTERIOR**

**HE REVISADO LA INFORMACION 2010, LA INFORMACION DE MI
FAMILIA Y MI SEGURO MEDICO NO HAN CAMBIADO**

Nombre _____ Fecha _____

Relacion con el Paciente: _____