

TRI COUNTY PEDIATRICS

Formulario de Registración

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: Varón Femenino Raza: Blanco Negro Asiático Otro Hispano: Sí No Disminución

Dirección _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto principal # _____

Padre #1: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el niño: _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Número de teléfono celular _____ Número de teléfono de la casa: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo preferiría que se lo contactara (circule uno)? :

- Problemas médicos: Teléfono de trabajo Teléfono celular Teléfono del hogar
- Recordatorios de citas: Teléfono del hogar Teléfono celular teléfono del trabajo
- Estados de cuenta de facturación: dirección de Domicilio Portal del paciente

Padre #2: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el niño: _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Número de teléfono celular _____ Número de teléfono de la casa: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

¿Puede el Padre # 2 tener acceso electrónico a los registros de los niños? Si no

Persona responsable de la factura (garante): _____ Relación con el niño: _____

Si los padres están divorciados / separados ¿quién tiene la custodia? _____ ¿Existen restricciones legales sobre el consentimiento del padre que no tiene la custodia para recibir tratamiento o para recibir información médica? SÍ NO

En caso afirmativo, debe proporcionarnos una copia de la documentación legal.

En caso de emergencia:

Nombre del amigo o familiar local (que no vive en la misma dirección): _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____

Fecha de Firma: _____

Indique a continuación las personas adicionales que pueden llevar al niño a las citas o que están autorizadas para que nos comuniquemos con respecto a las visitas, información médica, etc. Ejemplo: Padrastros, Abuelos, Niñera, Ect.

Contacto (Nombre/Apellido): _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Contacto (Nombre/Apellido): _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Contacto (Nombre/Apellido): _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Contacto (Nombre/Apellido): _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

- Permiso para tratar a un menor (menor de 18 años): En el caso de una emergencia y no me pueden contactar, doy permiso a Tri County Pediatrics para tratar a mi hijo en su oficina según lo requieran los eventos de esa situación de emergencia.
- Permiso de correo electrónico: autorizo que mi correo electrónico se use para enviar registros médicos encriptados, recordatorios de pacientes y declaraciones del paciente.

Información del seguro Medico

Nombre de la compañía de seguros primaria: _____

Nombre del suscriptor y fecha de nacimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____

Secundario Suscribe nombre y fecha de nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, entiendo que el pago de todos los servicios se vence en el momento del servicio. La responsabilidad y el pago serán los del tutor que traiga al niño para el tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por mi compañía de seguros, y de cualquier copago, deducible, co-seguro o cualquier otro saldo no pagado por mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de cualquier costo incurrido en la cuenta de cobro de pacientes en caso de incumplimiento, incluidos los honorarios razonables de abogados y el costo del tribunal. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la práctica cualquier cambio en la dirección u otra información de contacto y cualquier cambio en la cobertura del seguro y que el pago de los servicios será mi responsabilidad si no notifico a la práctica la información correcta de mi seguro. Por la presente, otorgo permiso a la práctica para divulgar cualquier información pertinente a la compañía de seguros de mi hijo o a su agente. Por la presente, asigno a la práctica cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica provistos. Entiendo que la práctica tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de dichos beneficios.

Firma: _____

Fecha : _____