

Información del PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección: _____ Edad: _____ Hombre / Mujer

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono en el hogar: (_____) - _____ N.º de Seguro Social: _____ - _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono en la oficina: (_____) - _____
Nombre Apellido

Referido por el doctor: _____ Teléfono en la oficina: (_____) - _____
Nombre Apellido

Información de los PADRES - Madre o tutor legal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección: _____ Estado civil: C V D S

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono en el hogar: (_____) - _____ N.º de Seguro Social: _____ - _____

Teléfono celular: (_____) - _____ Teléfono en el trabajo: (_____) - _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Información de los PADRES - Padre o tutor legal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección: _____ Estado civil: C V D S

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono en el hogar: (_____) - _____ N.º de Seguro Social: _____ - _____

Teléfono celular: (_____) - _____ Teléfono en el trabajo: (_____) - _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Información de OTRO CONTACTO - NO los padres

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre Apellido

Teléfono en el hogar: (_____) - _____ Teléfono celular: (_____) - _____

Información sobre el seguro/plan médico

Seguro primario: _____ Seguro secundario: _____

N.º de ID: _____ N.º de ID: _____

N.º de grupo: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Nombre del suscriptor: _____

Relación del suscriptor con el paciente: _____ Relación del suscriptor con el paciente: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Firma

Relación con el paciente

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROPORCIONE TRATAMIENTO

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, voluntariamente autorizo a los médicos, médicos afiliados y personal de Pediatric Surgical Associates, Inc., a proporcionar los servicios de evaluación y/o atención y tratamiento ambulatorio en base continua y como paciente hospitalizado según sea necesario, de acuerdo con lo que los médicos, médicos afiliados y personal de Pediatric Surgical Associates, Inc. consideren aconsejable y necesario.

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, quedo notificado de que tal tratamiento puede incluir un examen físico, de rayos X, procedimientos de laboratorio y otros procedimientos en el consultorio, así como procedimientos para pacientes hospitalizados según se requiera.

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, entiendo que se me informará sobre el curso del tratamiento.

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, estoy en libertad de suspender el tratamiento que me proporciona mi médico en cualquier momento.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, ya sea pagados o no por mi seguro, a menos que esté específicamente exento en virtud de un contrato entre mi compañía de seguro y Pediatric Surgical Associates, Inc. y sus médicos afiliados.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, por medio de este documento asigno los beneficios médicos y/o quirúrgicos, de mi seguro privado y otros beneficios de un plan médico a Pediatric Surgical Associates, Inc. y a sus médicos afiliados. Una copia de esta asignación se considera tan válida como el original.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, por medio de este documento autorizo a Pediatric Surgical Associates, Inc. y a sus médicos afiliados a divulgar mi información médica necesaria a mi compañía de seguro o a sus agentes para asegurar los pagos requeridos.

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo y/o el suscrito, a nombre del paciente, reconozco que se me ha entregado un ejemplar impreso personal de la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad de Pediatric Surgical Associates, Inc. según lo requiere la ley. La ley requiere que este consultorio médico documente el hecho de que han distribuido la notificación al recoger y guardar el acuse de recibo firmado.

Con mi firma abajo reconozco que he recibido una copia de la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad y que se colocará una notificación actualizada en el área de recepción.

Si después de revisar la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad, decide que no quiere guardar su ejemplar, por favor devuélvalo a la recepcionista para que podamos reciclarlo.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

_____	____/____/____	_____	_____
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente		
_____	_____	_____	_____
Nombre del padre/madre o tutor legal	Firma		Fecha

Relación con el paciente			