

WHITES PEDIATRICS

Informacion del Paciente

Apellido		Nombre		I	
Apodo		Fecha de Nacimiento		Sexo	M F
SSN		Telefono			
Direccion		Ciudad, Codigo			
Paciente vive con:	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro _____				
Language Preferido	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____				
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		Raza	_____	
Proveedor Preferidos	<input type="checkbox"/> Dr. White <input type="checkbox"/> Dr. Tull <input type="checkbox"/> Dr. Jordan <input type="checkbox"/> Dr. Wang				
<input type="checkbox"/> Carey Bramlett <input type="checkbox"/> Kathy Schleier <input type="checkbox"/> Buffy Mosteller <input type="checkbox"/> Kelly Cline <input type="checkbox"/> Regina Rogers					

Informacion de Padres/Guardianes

Apellido		Nombre		FDN	
Relacion al Paciente	_____				
Direccion		Ciudad, Codigo			
Empleo		SSN			
Informacion de Contacto	Casa # _____		Cell # _____		
	Email _____				
Metodo de Contacto Preferido	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Portal del Paciente				
Apellido		Nombre		FDN	
Relacion al Paciente	_____				
Direccion		Ciudad, Codigo			
Empleo		SSN			
Informacion de Contacto	Casa # _____		Cell # _____		
	Email _____				
Metodo de Contacto Preferido	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Portal del Paciente				

Guardian

La persona que firma este formulario se hará notado en nuestros registros como el "guardian" de la cuenta, y recibirá estados de cuenta de nuestra oficina. Entendemos que los padres pueden haber desarrollado acuerdos financieros / legales en relación con la responsabilidad de la atención médica. Solicitamos que estos acuerdos serán coordinados entre los padres y que se proporcione una copia de los documentos legales con respecto a estos arreglos para nuestra oficina.

Por favor escriba a continuación las personas adicionales que pueden llevar al niño a las citas, o que estamos autorizados para comunicarse con respecto a las visitas, información médica, etc

Nombre		Relacion		Telefono	
Nombre		Relacion		Telefono	
Nombre		Relacion		Telefono	
Nombre		Relacion		Telefono	

Informacion de Aseguranza (Porfavor presente su aseguranza e identificacion al recepcionista)

Aseguranza Primaria		Nombre de la persona con la poliza	
Fecha de Nacimiento		Seg Social de la persona con la poliza	

Otros Niños/as en la Familia

Nombre		Fecha de Nacimiento		Relacion	
Nombre		Fecha de Nacimiento		Relacion	
Nombre		Fecha de Nacimiento		Relacion	
Nombre		Fecha de Nacimiento		Relacion	

- Doy mi consentimiento para todos los tratamientos necesarios para el cuidado del paciente mencionado.
- Entiendo que el pago de los gastos incurridos se debe en el momento del servicio a menos que otros arreglos financieros se han hecho antes del tratamiento.
- Acepto la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por el proveedor de Pediatría cualquiera de las blancas. Entiendo que todos los costos no cubiertos por el seguro se convertirán en mi responsabilidad a menos que esté prohibido por las regulaciones estatales o federales. Estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios razonables de abogados y gastos de cobranza en caso de incumplimiento de pago de mis gastos

Nombre _____ Relacion al Paciente _____

Firma _____ Fecha _____