

Información Del Paciente

Nombre		Apellido		Apodo		
Fecha de Nac		Paciente Vive Con:	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro			
Dirección		Sexo	M F			
Ciudad, Postal		Idioma Preferido				
SSN		Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		Raza	
Proveedor Preferido	<input type="checkbox"/> Dr. White <input type="checkbox"/> Dr. Point du Jour <input type="checkbox"/> Dr. Ezeoke <input type="checkbox"/> Carey Bramlett <input type="checkbox"/> Buffy Mosteller <input type="checkbox"/> Kelly Cline <input type="checkbox"/> Regina Rogers <input type="checkbox"/> Laura Brown <input checked="" type="checkbox"/> Ashley Blevins					
El paciente tiene 18 años o más?	S N					

Información Del Padre/Guardian #1

Nombre		Apellido	
Fecha de Nac		SSN	
Relación al Paciente			
Dirección			
Ciudad, Postal			
Email			
Teléfono	Casa #	Cell #	
Método de Contacto Preferido	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Portal de Paciente		
Empleador			
Dirección del empleador			
Teléfono del empleador			

Información Del Padre/Guardian #2

Nombre		Apellido	
Fecha de Nac		SSN	
Relación al Paciente			
Dirección			
Ciudad, Postal			
Email			
Teléfono	Casa #	Cell #	
Método de Contacto Preferido	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Portal del Paciente		
Empleador			
Dirección del empleador			
Teléfono del empleador			

Hermanos del Paciente

Nombre		Relacion		Fecha de Nac	
Nombre		Relacion		Fecha de Nac	
Nombre		Relacion		Fecha de Nac	

Información del seguro (Presente su tarjeta de seguro y licencia de conducir a la recepcionista)

Aseguranza Primaria	
Nombre del Asegurado	
Seguro Social del Asegurado	
Fecha de Nac. del Asegurado	
Aseguranza Secundaria	
Nombre del Asegurado	
Seguro Social del Asegurado	
Fecha de Nac. del Asegurado	

Porfavor indique a continuacion cualquier persona adicional que pueda traer al niño/a o quien tenga autorización de comunicarse con respecto a visitas o información médica, etc.

Nombre			
Relación		Telefono	
Nombre			
Relación		Telefono	
Nombre			
Relación		Telefono	

Política Del Guardian

Quien firma este formulario será anotado en nuestros registros como el "guardian" de la cuenta, y recibirá los estados de cuenta de nuestra oficina. Requerimos que los pacientes de 18 años o más firmen el formulario ellos mismos; su padre/tutor también puede firmar el formulario si así lo desean. Entendemos que los padres divorciados pueden haber desarrollado acuerdos financieros/legales con respecto a la responsabilidad de la atención médica. Solicitamos que estos arreglos se coordinen entre los padres y que se proporcione una copia de cualquier documento legal relacionado con estos arreglos a nuestra oficina. Tenga en cuenta que incluso si un padre/tutor le da permiso a otra persona de traer a un niño a una cita, el padre/tutor cuya firma figura en este formulario será el responsable del pago de los servicios proveidos.

Consentimiento Y Acuerdo

Al firmar a continuación, doy / aceptamos todo el tratamiento necesario para la atención del paciente mencionado anteriormente. Entiendo / entendemos que el pago por los servicios se debe pagar en su totalidad en el momento en que se brinda el servicio y que se nos facturará a nosotros de conformidad con la Política Del Guardian mencionada anteriormente. En caso de que esta cuenta esté atrasada y sea colocada con una agencia de cobros, yo/nosotros seremos responsables por el cobro del 30% del saldo de la cuenta como daños liquidados, y si un abogado es contratado para cobrar, después de la madurez, el 15% del capital y el interés no pagado a dicha cuenta como los honorarios del abogado.

Nombre			
Relación del Paciente			
Firma		Fecha	
Nombre			
Relación al Paciente			
Firma		Fecha	
Firma del Paciente (mayor de 18 años)		Fecha	