

Bienvenido A Nuestra Practica

Formulario de Información Del Paciente

NORTHWEST PEDIATRICS

Eve Switzer, MD

Tiffanie Anderson, APRN

Angela Johnston, PA

Allison Payne, MD

INFORMACION DE PADRES/TUTOR

Nombre Completo (madre)

Apellido de Soltera _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

E-mail _____

Nombre Completo (padre)

Apellido de Soltera _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

E-mail _____

Fecha de Nacimiento _____

SS# _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de Paciente _____ Medio _____

Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Genero M F SS# _____

Raza Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico
 Blanco
 Otra Raza

Etnicidad Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

NÚMEROS TELEFÓNICOS

Celular Mamá _____ Otro Numero _____

Celular Papá _____ Otro Numero _____

CONTACTO, EN CASO DE EMERGENCIA (Adulto que no viva con el niño)

Nombre _____

Relación _____

Numero de Celular _____ Otro Numero _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre Del Asegurador _____

Relación con el Paciente _____

Compañía de Aseguranza _____

Dirección _____

ID o Grupo # _____ Segundo ID o Grupo # _____

INFORMACIÓN DE SEGUNDA ASEGURANZA

Nombre Del Asegurador _____

Fecha de Nacimiento _____

Relación con el Paciente _____

SS# _____

Compañía de Aseguranza _____

Dirección _____

ID o Grupo # _____ Segundo ID o Grupo # _____

ACUERDO FINANCIERO: Yo certifico que la información de arriba esta correcta al mejor de mis conocimientos. El firmante autoriza la liberación de cualquier y toda la información del documento a todas las partes relacionadas con la obtención de beneficios de mi seguro para las reclamaciones presentadas en nombre de mio y/o dependientes. Yo mas expresamente acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi medico y todas partes necesarias para presentar reclamaciones a la obtención de beneficios por los servicios prestados sin obtener mi firma en cada reclamación presentada por mi y/o dependientes. Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar y asigno directamente a Enid Clinic Inc abd Northwest Pediatrics. Además reconozco que cualquier seguro, cuando recibidos y pagados se acreditan en mi cuenta, de conformidad con la asignación de mi compañía de seguros. Los cargos pendientes son mi responsabilidad en acuerdo con nuestros acuerdos contractuales con su seguro y cuando se rige por las leyes estatales y federales. El pago completo se hace en el momento de los servicios a menos que se hayan tornado otras medidas. Yo entiendo que tengo el deber primario y la obligación de pagar a mi medico por sus servicios, no obstante cualquier contrato que puede tener con cualquier tercero pagador (es decir compañía de seguros, empleador, etc.) Entiendo que, como beneficiario de la asistencia medica que suscribe, soy responsable de todos los cargos a pesar de mi circunstancia de reembolso. Hay un cargo por servicio de \$35.00 en todos los cheques devueltos.

REVELACION HIPAA: Enid Clinic Inc dba Northwest Pediatrics no podrá publicar o poner a disposición cualquier información general de salud individual identificable protegida de datos que identifica a un paciente para fines distintos de tratamiento, pago u otras operaciones de cuidado de la salud sin su consentimiento expreso por escrito. Esto no restringe el uso interno de tales datos o información que se requiere en el rendimiento del alcance del trabajo que esta oficina se ha encargado a comprometer con nuestros pacientes. Esta oficina mantiene medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento para proteger la información médica personal. Como nuestro paciente, usted tiene el derecho de solicitar una protección especial. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgación de su información de salud, por solicitud por escrito especificando la información que desea limitar y lo limitación en el uso o divulgación de la información que usted deseé que este impuesta. Por la presente reconozco que este Aviso de Privacidad de las prácticas médicas se ha puesto a mi disposición.

Solicito las siguientes restricciones para el uso y la divulgación de mi información de salud: _____

Yo autorizo a Northwest Pediatrics para prestar cualquier atención medica necesaria para mi hijo/a si no estoy disponible y no hay otro tutor legal disponible. Si No

Firma del Paciente o del Responsable	Relación Del Paciente	Fecha
X		