



oficinas en
Eastgate, Batavia, Landen

513-752-3650
pedsmtcarmel.com

Nombres de niños

Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre o Inicial	Fecha de nacimiento (fecha de nacimiento)	Número de seguro social (N.S.S.)	Sexo L/F	Carre ra	Etnicidad Hispano / latino S o N	Idioma(s) preferido(s)

Si desea negarse a proporcionar información sobre raza, origen étnico o idioma, deje el cuadro en blanco.

Dirección del paciente

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Información de la parte responsable/contacto adicional

Nombre	Nombre
fecha de nacimiento número de seguro social	fecha de nacimiento número de seguro social
Relación con el paciente	Relación con el paciente
¿Fiesta responsable? Y onorte	¿Fiesta responsable? Y onorte
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
Código postal	Código postal
Dirección de correo electrónico:	Dirección de correo electrónico:
Ocupación	Ocupación
¿Agregar cuenta del portal? S o N	¿Agregar cuenta del portal? S o N

Números de teléfono

Número de teléfono primario		Escriba (círculo) TRABAJO CELULAR DOMÉSTICO Relación con el paciente
-----------------------------	--	--

numero de telefono secundario		Escriba (círculo) TRABAJO CELULAR DOMÉSTICO Relación con el paciente
Número de teléfono terciario		Escriba (círculo) TRABAJO CELULAR DOMÉSTICO Relación con el paciente

Preferencia de comunicación confidencial del paciente

Nombre de contacto _____

Método (círculo): Teléfono celular Teléfono del trabajo Teléfono de casa Correo electrónico Texto

Contacto de emergencia(no vive en casa)

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono

Seguro (copia de la tarjeta del seguro que se mantendrá en el archivo)

Nombre _____ Miembro # _____ Grupo #

Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que el paciente tiene derecho a Pediatric Associates of Mt. Carmel, Inc. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de este encargo se considerará tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no, por dicho seguro. También autorizo a Pediatric Associates of Mt. Carmel a evaluar y tratar todas y cada una de las afecciones médicas durante esta visita y las siguientes. Actualizado 11/2021

YO HAGO/NO HAGO (circule uno) consentimiento para que los médicos y demás personal de Pediatric Associates of Mt Carmel se comuniquen conmigo por teléfono y dejen mensajes de voz sobre diversos aspectos de la atención médica de los pacientes enumerados anteriormente, que pueden incluir, entre otros, pruebas resultados, recetas, citas y facturación.

Firma _____

Fecha _____