



Valley Pediatric Group PLC, Paciente y de Información para Padres de Demografía

Nombre Legal del Niño	Niño Fecha de La Nacimiento	Nombre de la Madre	Nombre del Padre
1.			
☐ Masculino ☐ Femenino Niño vive con: Mamá y Papá Mamá Papá Otros: _____ Raza: _____ Idioma : _____ Origen Étnico: _____			
2.			
☐ Masculino ☐ Femenino Niño vive con: Mamá y Papá Mamá Papá Otros: _____ Raza: _____ Idioma : _____ Origen Étnico: _____			
3.			
☐ Masculino ☐ Femenino Niño vive con: Mamá y Papá Mamá Papá Otros: _____ Raza: _____ Idioma : _____ Origen Étnico: _____			
4.			
☐ Masculino ☐ Femenino Niño vive con: Mamá y Papá Mamá Papá Otros: _____ Raza: _____ Idioma : _____ Origen Étnico: _____			
5.			
☐ Masculino ☐ Femenino Niño vive con: Mamá y Papá Mamá Papá Otros: _____ Raza: _____ Idioma : _____ Origen Étnico: _____			
6.			
☐ Masculino ☐ Femenino Niño vive con: Mamá y Papá Mamá Papá Otros: _____ Raza: _____ Idioma : _____ Origen Étnico: _____			
7.			
☐ Masculino ☐ Femenino Niño vive con: Mamá y Papá Mamá Papá Otros: _____ Raza: _____ Idioma : _____ Origen Étnico: _____			

Información de la Madre		Información del Padre	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Email:		Email:	
Número de Teléfono:		Número de Teléfono:	
Número de Teléfono Celular:		Número de Teléfono Celular :	
Empleo:		Empleo:	
de Teléfono del Trabajo:		de Teléfono del Trabajo:	
Otra Manera de ponernos en Contacto Contigo:		Otra Manera de ponernos en Contacto Contigo:	

Fecha de Finalización: _____



Padraastro o Madrastra o Tutor de la Información (si es aplicable)		Emergencia de Adultos Información de Contacto
Nombre:		Nombre:
Relación:	DOB:	Relación:
Dirección:		Dirección:
Email:		Email:
Número de Teléfono:		Número de Teléfono:
Número de Teléfono Celular:		Número de Teléfono Celular:
Empleo:		Empleo:
de Teléfono del Trabajo:		de Teléfono del Trabajo:
Otra Información de Contacto:		Otra Información de Contacto:

Doy mi consentimiento para permitir que los adultos mencionados debajo lleven a mi hijo al centro Valley Pediatric Group a recibir atención médica. Al enumerar a los adultos debajo, doy mi consentimiento al personal de Valley Pediatric Group a divulgar información protegida de la salud en el momento de la consulta, para facilitar la atención médica de mi hijo:

Nombre:	Relación con el Niño:	Número de Teléfono:

1. Autorizo que se divulgue toda información solicitada por compañías de seguro o terceros responsables y asigno todos los beneficios del seguro a Valley Pediatric Group, PLC.
2. Garantizo el pago de todos los cargos en los que se incurra a cuenta del/los paciente(s) mencionado(s) arriba. Asimismo, acepto pagar todos los honorarios y costos judiciales en los que se incurra si debieran hacerse esfuerzos para realizar la cobranza. Esto puede incluir un costo adicional por el servicio de hasta el 35% del saldo pendiente.
3. Comprendo que soy el responsable por el pago de todos los cargos médicos hechos por los pacientes mencionados arriba, independientemente del tipo de seguro.
4. Los pacientes aceptan y comprenden que, a pesar de que los médicos hacen su mejor esfuerzo por cumplir con sus citas puntualmente, debido a la naturaleza del negocio de la salud, surgen emergencias frecuentemente. Al firmar, usted acepta que todo el tiempo que pase en espera de un médico no es compensable bajo ninguna teoría legal.
5. Recibí una copia de la Política financiera de Valley Pediatric Group y estoy de acuerdo con sus términos.

Leí y/o se me explicó este formulario y certifico que comprendo su contenido.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____