

DeVito and Alvarado Pediatric Associates, PLLC

REGISTRO DE PACIENTES

Este formulario debe actualizarse cada 12 meses según las Regulaciones de Seguros

EL COPAGO DEBE PAGARSE EN EL MOMENTO DE LA VISITA

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo de nacimiento _____

Nombre preferido, si diferente _____ identidad de género _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo de nacimiento _____

Nombre preferido, si diferente _____ identidad de género _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo de nacimiento _____

Nombre preferido, si diferente _____ identidad de género _____

Los niños viven con (por favor, marque con un círculo) Madre(s) Padre(s) Ambos Otros _____

Padre/Guardian _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo de los padres/tutores ____ Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Estado Civil _____

Telefono _____ Cell _____ Trabajo _____

Correo Electronico _____ Ocupacion _____

Empleador _____

Padre/Guardian _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo de los padres/tutores ____ Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Estado Civil _____

Telefono _____ Cell _____ Trabajo _____

Correo Electronico _____ Ocupacion _____

Empleador _____

Seguro Primario _____ ID # _____ Group# _____

Nombre del suscriptor _____ SSN _____

Seguro Secundario _____ ID# _____ Group# _____

Nombre del suscriptor _____ SSN _____

DeVito and Alvarado Pediatric Associates, PLLC

Acuso recibo del servicio de DeVito & Alvarado Pediatric Associates, PLLC. Entiendo perfectamente que el gasto de esta atención será mi responsabilidad. El pago de estos servicios será realizado por mí si algún costo no está totalmente cubierto o (asignación contractual) por el seguro médico disponible. Entiendo que es mi responsabilidad en el check in proporcionar toda la información actualizada (Seguro, dirección, # de teléfono).

Autorizo la asignación de beneficios médicos a DeVito & Alvarado Pediatric Associates, PLLC.

Autorizo a DeVito & Alvarado Pediatric Associates, PLLC a proporcionar toda la información que puedan tener con respecto a la condición de mi hijo/hijos mientras están bajo el cuidado grupal a la compañía de seguros que paga.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El paciente abajo firmante o el representante legalmente autorizado del paciente reconoce que él o ella revisó personalmente una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de DeVito & Alvarado Pediatric Associates, PLLC en la fecha que se indica a continuación.

IMPRIMIR NOMBRE _____ **FECHA** _____

FIRMA _____

RELACIÓN Con PACIENTE _____

La nueva ley de portabilidad del seguro de salud nos ha limitado con respecto a qué información en los registros médicos de su hijo o hijos se puede compartir con cualquier otra persona excepto usted. Por favor, ponga sus iniciales en lo que nos permita compartir. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento por escrito a nuestra oficina.

DeVito & Alvarado Pediatric Associates, PLLC pueden:

_____ **Llamar mi casa/celular para confirmar citas.**

_____ **Dejar mensajes en el contestador automático de mi casa o con un miembro de mi familia.**

_____ **Fax los resultados de las pruebas a otros médicos que participen en la atención de mi hijo/s.**

_____ **Miembro familiar** _____ **RELACIÓN** _____

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sean los padres):

_____ **RELACIÓN** _____

FIRMA _____ **FECHA** _____

¿Como se entero de nuestra oficina? Familiar- Amigo/a- ginecologo.

¿Si es asi, a quien debemos agradecer? _____