



Ching's Pediatrics
Rebecca Ching, M.D.
REGISTRATION FORM

Section I

Información del paciente

Fecha: _____

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Género** M or F
Raza: American Indian _____ Asian _____ African American _____ Other _____ White _____ Refuse to report _____
Etnicidad: Hispanic _____ Non Hispanic _____ Refuse to report _____
Lengua Preferida _____ Si los padres están divorciados, ¿quién es el padre con custodia? _____
La dirección postal _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
Phone# () _____ **Cell #** () _____ **Nombre de la Escuela** _____
E-mail for Web Portal _____

Madre/El Guardian

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Phone#** _____
La dirección postal _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
La Empresaria _____ **Work#** _____ **Social Security #** _____ - -

Padre/El Guadian:

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Phone#** _____
La dirección postal _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
La Empresaria _____ **Work#** _____ **Social Security #** _____ - -

Usted nos autoriza a obtener su historial de medicación de nuestra base de datos? Sí o no
Quién podemos agradecer refiriéndose usted? _____

Contacto de emergencia que NO VIVE CON USTED _____ **Relación a paciente** _____
Teléfono de contacto para emergencias # _____
Nombres de otros niños: _____

Yo, _____, Dar permiso para _____ (no incluyendo cónyuge) para llevar a mi hijo para cualquier médico el tratamiento se considera necesario o visitas de niño sano. ¿Incluyendo las vacunas? Sí o no

Section II

Parte Responsable

Relación a paciente _____ **Self** _____ **Padre** _____ **Madre** _____ **Otro** _____
Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Phone#** _____
La dirección postal _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
La Empresaria _____ **Work#** _____ **Social Security #** _____ - -
Dirección de la empresa _____

Section III

Información sobre el seguro primario

El titular de la póliza _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Relationship to Patient** _____
Dirección postal si es diferente de arriba _____ **Mismo como arriba? Si o No** _____
SSN# - - **Empleador** _____ **Work #** _____
Compania de Seguros _____ **Group#** _____ **ID#** _____
Claims Address _____ **Insurance phone#** _____

******* Por Favor Ver El Revés *******

CHING'S PEDIATRICS
Rebecca Ching, M.D.
REGISTRATION FORM (cont...)

Tienes un seguro secundario? En caso afirmativo lo siguiente: Yes ☐ No ☐

Seguro secundario informacion

El titular de la póliza _____ Fecha de Nacimiento _____ Relationship to Patient _____
Dirección postal si es diferente de arriba _____ Mismo como arriba? Si o No _____
SSN# - - Empleador _____ Work # _____
Compañía de Seguros _____ Group# _____ ID# _____
Claims Address _____ Insurance phone# _____

POLIZA LA OFICINA

24 horas aviso es necesario para la cancelación de una cita. Si no se llama dentro de 24 horas de su cita o si usted no se presenta para una cita 3 veces en un año calendario, será cargo a \$30,00 no mostrar. Esta tarifa no es reembolsada por su compañía de seguros. ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y SE LE REQUERIRÁ PAGAR EL NO MOSTRAR ANTES DE QUE SE PROGRAMARAN CITAS FUTURAS.

Entiendo y estoy de acuerdo con los términos anteriores,

Parent/Guardian Signature

Fecha

Acuerdo de financiación, asignación de beneficios y la liberación:

De Acuerdo con la Verdad federal en el Préstamo del Acto, por favor ser informado de las políticas financieras siguientes que se aplican en la oficina:

- Como garante/paciente (18 o más viejo), usted es el responsable, y como tal, eres responsable del pago de la factura, independientemente de su seguro tipo, incluyendo Medicaid y al trabajador Comp, o cualquier otra tercera participación.
- Como la parte responsable, usted conviene en pagar al médico en el momento que se procesa el servicio, a menos que otros acuerdos financieros se han hecho con la oficina de negocios. Si nuestro médico es un proveedor preferido con su compañía de seguros, todas las cantidades de deducibles y copagos son debidos al tiempo de servicio.
- La parte responsable cubrirá el saldo de esta cuenta dentro de 90 días desde la fecha de servicio en el caso de la compañía de seguros no paga todo el saldo en ese momento. Después de un período de 90 días se agregará un recargo del 50% de cualquier saldo no pagado.
- \$30.00 honorario será agregado en el caso de un cheque devuelto.
- La parte responsable se compromete a pagar todos honorarios de abogados, costas judiciales y cuotas del saldo del principal, así como cargos de colección que una agencia de colecciones puede cobrar en caso de que la cuenta debe ser referida a una agencia de colección.

Nota: Algunos servicios no se facturan a través de nuestras instalaciones y a resultados en un estado de cuenta de otra empresa (es decir, fuera del trabajo de laboratorio, resonancia magnética, radiografías y otros exámenes de radiología).

Consentimiento informado: por la presente autorizo al médico o tal asociados o asistentes que podrá designar para llevar a cabo un examen físico y a aconsejarme en atención más adecuada considere necesarios o aconsejables para mi tratamiento médico. Voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de daño, si los hubiere, que pueden estar asociados con los procedimientos del tratamiento, enrutamiento vacunas o tratamientos médicos con la esperanza de obtener los resultados deseados potenciales, que pueden o no pueden ser alcanzados, como ningún beneficio médico está garantizado.

Nota: No complete este formulario será resulta en retrasos con el seguro, por lo tanto se pueden facturará en su totalidad si no tenemos toda la información necesaria.

Firma del Paciente/Parte responsable: _____ Fecha: _____

Asignación de beneficios del seguro: el abajo firmante autoriza a revelar información a terceros compañía y asignar todos los beneficios de seguro para el tratamiento a ser abonado directamente al proveedor de mi. Certifico que una copia de esta asignación será tan válida como la original.

Firma del Paciente/Parte responsable: _____ Fecha: _____