



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Legal del Paciente (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo
Nombres de Otros Niños que Vivan en Casa	Fechas de Nacimiento	Sexo
Direccion del Paciente	El Paciente Vive Con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Ambos ☐ Otro: _____	Idioma Principal del Paciente ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____
Raza: ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo Hawaiano o Isleno Pacifico ☐ Asiatico ☐ Afroamericano ☐ Blanco ☐ Otra Raza: _____	Grupo Etnico: ☐ Hispano ☐ No Hispano	Idioma Principal de los Padres ☐ Ingles ☐ Español Necesita Interpretar? Si No

INFORMACION DE LOS PADRES

Madre

Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Celular	Numero de Licencia de Conducir
Direccion:			
Nombre del Empleador	Ocupacion	Telefono del Trabajo	

Padre

Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Celular	Numero de Licencia de Conducir
Direccion:			
Nombre del Empleador	Ocupacion	Telefono del Trabajo	

Contacto de Emergencia

Nombre	Numero de Celular	Telefono del Trabajo
Relacion al Paciente:		

INFORMACION DEL GARANTE (Persona financieramente responsable)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion al Paciente	Menor emancipado? Si No
Direccion de Casa:			
Nombre del Empleador	Ciudad	Estado	Codigo Postal



DECLARACION DE POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir Steeplechase Pediatric Center y permitirnos participar en las necesidades de atención médica de su hijo. Estamos comprometidos a brindar el mejor cuidado posible a sus hijos. Lea esta declaración para que entienda su responsabilidad financiera y nuestra política de pago.

La atención prestada por esta instalación se administrará sin importar raza, color, credo, estatus social, origen nacional, discapacidad o sexo. Es nuestra intención nunca comprometer el cuidado de nuestros pacientes por razones financieras. Póngase en contacto con nuestra oficina de negocios para hacer arreglos si es necesario.

ACEPTACION DE SEGURO

Para todos los pacientes con cobertura de seguro activa, una tarjeta de seguro actual se debe mostrar en cada visita. La verificación de beneficios de nuestra oficina no es una garantía de pago por su compañía de seguro. Es responsabilidad de los padres/tutor legal comprender su propia cobertura de seguro y programar sus citas con un médico que participe con su seguro. Uno de nuestros proveedores DEBE ser el Médico de Atención Primaria antes del servicio para todos los planes HMO, EPO y otros seguros que requieran PCP para que los beneficios correctos se apliquen. También es responsabilidad de los padres saber donde pueden ir para servicios de laboratorio y otros servicios referidos por el/la pediatra. Steeplechase Pediatric Center no será financieramente responsable de los servicios externos.

LIBERACION DE INFORMACION

Al firmar este formulario, usted nos autoriza liberar cualquier información que sea necesaria para cobrar a las compañías de seguros y a terceros pagadores. También podemos revelar información médica según sea necesario con el propósito de tratar al paciente.

RESPONSABILIDAD POR LOS SERVICIOS

Todos los padres y tutores son financieramente responsables por el pago oportuno de los servicios médicos. Registraremos reclamos de seguro para el pago de servicios como cortesía para el paciente, pero al final, el padre/tutor es responsable del pago y acepta pagar la(s) cuenta(s). Por los contratos de seguro, los pagos del seguro serán enviados directamente a Steeplechase Pediatric Center.

La persona que trae al paciente para servicios es responsable de los cargos ese día a menos que se hayan hecho arreglos previos. Si una persona que no sea un tutor legal trae al paciente, los copagos, los deducibles, o cualquier otro cargo no cubierto aun deben pagarse en el momento de la visita.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LOS PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS

El padre que busca la atención médica para el paciente es responsable de cualquier cantidad no pagada. Aunque los padres divorciados pueden tener un decreto de divorcio que establece sus responsabilidades financieras, no somos parte del decreto. Exigimos que el padre que acompaña al paciente para el tratamiento acepte la responsabilidad principal del pago de esos servicios.

FALTAS / CANCELACIONES TARDES

Como cortesía, nuestra oficina tratará de comunicarse con usted para recordarle su cita un día anterior, sin embargo, no es nuestra responsabilidad que usted se presente a su cita. Nuestra oficina requiere un aviso de cancelación a nuestra oficina con 24 horas de anticipación. El incumplimiento obliga a todos los miembros de seguro privado a una tarifa de \$25. A su compañía de seguro no se le facturará por esto y usted es el único responsable de pagar por completo. Los pacientes de Medicaid y CHIP no serán cobrados, pero nuestra oficina reportará cada cita perdida al plan adecuado de Medicaid/CHIP.

BALANCE EN CUENTA/ DEUDAS/ COLECCIONES/ ACCIONES LEGALES

Los saldos deben pagarse dentro de los 30 días del pago del seguro, a menos que se hayan hecho otros arreglos satisfactorios con la clínica.

Nuestra oficina no puede involucrarse con ningún asunto de responsabilidad civil de terceros y esperamos el pago del padre/garante.

Steeplechase Pediatric Center se reserva el derecho de solicitar el pago de saldos pendientes. Si la cuenta no se paga en su totalidad o no se han hecho arreglos satisfactorios dentro de un plazo razonable, nos reservamos el derecho de remitir la cuenta a un abogado y/o una agencia de cobranza para la recaudación del saldo.

Con mi firma, declaro que he leído y entendido la política financiera y estoy de acuerdo con todos los términos.

Firma de Padre o Tutor Legal

Fecha