

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección: _____ Apartamento #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ - _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____
Teléfono del Trabajo: _____ extensión: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Si la Dirección / Números de Teléfonos es igual que la del paciente, no tiene que volver a escribirlos

Padre / Tutor #1

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección: _____ Apartamento #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ - _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____
Teléfono del Trabajo: _____ extensión: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Numero de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____
correo electrónico: _____
Relación con el menor: Padres Biológicos Padres adoptivos
Abuelos Hermano(a) Otro: _____

Madre / Tutor #2

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección: _____ Apartamento #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ - _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____
Teléfono del Trabajo: _____ extensión: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Numero de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____
Relación con el menor: Padres Biológicos Padres adoptivos
Abuelos Hermano(a) Otro: _____

Información Seguro Medico

Compañía: _____ Teléfono: _____
Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____
Asegurado principal: Usted Padre / Tutor #1 Madre / Tutor #2

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Contacto de Emergencia

(diferente del Padre/Tutor)

Nos comunicaremos con esta persona en caso de que tengamos algo urgente que decirle y no lo podamos contactar, o si llegara a tener una emergencia medica mientras esta en nuestra oficina.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Relación con Paciente: _____
Dirección: _____ Apartamento #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ - _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____
Trabajo: _____ extensión: _____

Representante

Las siguientes personas pueden dar consentimiento a examen medico, vacunación o toma de muestras de sangre si el padre o tutor no pueden acompañar al menor a su cita medica. Estas personas tienen que tener 18 años o más y deben presentar una identificación valida y con foto en la ventanilla de registro. (Padre/Tutor no puede ser el representante)

_____ **Marque aquí para designar el contacto de emergencia como el representante**

Apellido: _____ Nombre: _____
Relación con Paciente: _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Apellido: _____ Nombre: _____
Relación con Paciente: _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Apellido: _____ Nombre: _____
Relación con Paciente: _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Apellido: _____ Nombre: _____
Relación con Paciente: _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Declaración, Autorización y Asignación de Beneficios

Como una cortesía hacia usted, tendremos el gusto de enviar la cuenta de su visita a su Compañía de Seguros. Todas las Compañías de Seguros nos han indicado que el obtener información acerca de los beneficios y pre-certificación de la visita NO ES GARANTIA DE PAGO. El pago será determinado por la Compañía de Seguros cuando reciba la cuenta. Por favor firme las siguientes declaraciones que ayudaran a obtener pago de la Compañía de Seguros.

Yo autorizo a East Houston Medical Group a que suministre a mi Compañía de Seguros o sus representantes cualquier información que sea pedida por ellos incluyendo el diagnostico y/o los exámenes a los que se me ha sometido.

Yo autorizo a mi Compañía de Seguros para que pague directamente a East Houston Medical Group todos los tipos de beneficios y pago por tratamiento medico y quirúrgico que se me haya proporcionado a mí o a mis dependientes.

Yo entiendo que si mi Compañía de Seguros no paga por los servicios que he recibido en el curso de los siguientes 120 días, yo seré responsable por el pago y me comprometo a pagar el total de mi cuenta de inmediato.

Certifico que YO NO TENGO otro seguro medico además de _____.

Autorizo a East Houston Medical Group para que trate y maneje mis condiciones médicas.

Yo reconozco que la información acerca de privacidad de información medica cubierta por la ley HIPPA esta disponible y si pido una copia esta se me dará al momento.

Tengo entendido que se me puede cobrar por citas no canceladas a tiempo y que puede haber otros cargos administrativos.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____