

# Pediatric Associates Prof., LLC Información Del Paciente

## Información Del Paciente

Apellido Legal			Nombre Legal			Inicial		
Otro Nombre (apodo)			Fecha de Nacimiento			Sexo	M	F
Dirección				Ciudad, Código				
# De Seguro Social			¿Cómo se entero acerca de nosotros?					
Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____							
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____		Raza					

\*APA solicita información sobre el origen étnico y la raza Federal para cumplir criterios de uso significativo.

## Información De Contacto

Garantor	La persona que firma esta forma se notara en nuestros archivos como el garante de la cuenta. Como tal recibirán los estado financieros de nuestra oficina. Entendemos que los padres pueden haber desarrollado medidas (arreglos) financieros/legales en cuanto a la responsabilidad de la asistencia médica. Solicitamos que aquellas medidas (arreglos) se coordinen entre los padres. Son responsables de cualquier balance financiero aunque normalmente nos comunicáremos con el garante que aparece en la cuenta.							
Madre / Guardián Apellido				Nombre				
Dirección				Ciudad, Código				
Fecha de Nacimiento		# De Seguro Social		Empleador		Correo electrónico		
Teléfono de contacto preferido	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Celular _____							
Padre/Guardián Apellido				Nombre				
Dirección	(Si es diferente de Madre)			Ciudad, Código				
Fecha de Nacimiento		# De seguro social		Empleador		Correo electrónico		
Teléfono de contacto preferido	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Celular _____							
¿Quién es el cuidador principal del paciente?				<input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Otro, (explique) _____				
Si es el caso, ¿Quién tiene la custodia?				<input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Otro (Por favor traiga documentación legal para cualquier acuerdo de custodia alternativas)				
Contacto de emergencias (Que no sean los padres)	Nombre		Relación		# de Teléfono			

## Información De Seguro

Seguro Primario		Seguro Secundario	
-----------------	--	-------------------	--

## Información Adicional de La Familia

### Hermanos del paciente que vivan en casa:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para El Pago/La Asignación De Los Beneficios Del Seguro/La Política De Privacidad

- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos profesionales que mis hijos puedan incurrir. El pago de estos servicios se debe en el momento del servicio. Los pacientes cubiertos por un plan de seguro contratados están obligados a pagar su copago, deducible o co-seguro en el momento del servicio o con prontitud cuando reciba la factura. Entiendo que las tarjetas de seguro deban estar presentes en cada visita.
- Por este medio autorizo el pago de beneficios médicos directamente a los Pediatric Associates Prof., LLC. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar la reclamación de seguro. Entiendo que todos los costos no cubiertos por el seguro se convertirán en mi responsabilidad, a menos que esté prohibido por las regulaciones estatales o federales.
- La autorización para el tratamiento de un menor de 18: en caso de una emergencia y no puedo ser contactado, doy permiso a los Pediatric Associates Prof., LLC para el tratamiento de mi hijo en su oficina como lo requiere el caso de una situación de emergencia.
- Reconocimiento del HIPAA Notice of Privacy Practices; He recibido, O he dado la oportunidad de recibir una copia de HIPAA Notice of Privacy Practices for Pediatric Associates Prof., LLC.
- Texto / Voz / Correo electrónico: Autorizo utilizar estos medios como una manera de ponerse en contacto conmigo acerca de recordatorios de citas.
- Autorizo a los Pediatric Associates Prof., LLC para compartir información con la escuela de mis hijos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha