

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN IMPORTANTE - POR FAVOR COMPLETE

Nombre del Paciente: _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____ Apartamento #: _____

Ciudad/Estado: _____ Zip _____

Teléfono: _____ Permiso para dejar mensaje de voz en número primario? Si No

Nombre de la Madre: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico primario _____

Registro en el portal? Si No

En caso de Emergencia: _____ Teléfono: _____
Nombre Relacion

Otro Pariente: _____ Teléfono: _____

Recién Nacido: Hospital en el que nació: _____ Visto por el Doctor _____

INFORMACION DEL EMPLEADO

INFORMACIÓN IMPORTANTE - POR FAVOR COMPLETE

Madre/Guardian: _____ Padre/Guardian: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Trabajo: _____ Trabajo: _____

Dirección del Trabajo: _____ Dirección del Trabajo: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

INFORMACION DEL SEGURO

INFORMACIÓN IMPORTANTE - POR FAVOR COMPLETE

Seguro Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección del Seguro: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

No# de Miembro: _____ Grupo: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO / SEGURO MEDICO

1. El paciente ó su representante acepta el cuidado del Centro Pediátrico incluyendo exámenes, tratamiento médico, consultas y acepta las instrucciones del médico.
2. Yo autorizo al Centro Pediátrico a mandar información al seguro médico sobre enfermedades, diagnóstico ó tratamiento. Yo comprendo que será responsable por lo que el seguro no cubra.

LENGUAJE PRIMARIO EN SU CASA: _____

Fecha

Firma

Nombre Padre/Encargado

The Pediatric Center, PA
Regulaciones Financieras

1. Los padres ó guardianes de los pacientes son responsable por 100% del pago por tratamiento en nuestra oficina.
 - a. El padre, madre ó guardian quien firma esto es responsable por todos lo cargos.
 - b. Todo paciente sin seguros deben pagar por todo al momento de la visita.
 - c. Quien traiga al niño debe pagar por la visita.
2. Pacientes ya establecidos cuyo seguro ya se ha verificado y todos los deductibles ya estan cubiertos, solo deben pagar lo que no se cubre por el seguro ó su copago.
3. Pacientes asegurados que no hayan completado su deductible deben pagar por todos los cargos de las visitas hasta que no halla deducible pendiente.
 - a. Todo lo que no es cubierto por el seguro es responsabilidad de los padres ó guardianes, visitas preventivas ó enfermedad.
 - b. Pacientes sin seguros tienen que pagar por cada visita.
4. Con excepcion de HMO's ó PPO's todos los cargos no cubiertos por el seguro, son responsabilidad de los padres ó guardianes.
 - a. Si tiene un seguro nuevo debe llegar 30 minutos antes de la cita para verificar ó debe dejar un cheque pendiente hasta que su seguro esté verificado.
5. Si paga con cheque, visa, mastercard ó American Express:
 - a. Cheques mayor de \$100.00 se verificarán con el banco.
 - b. Tendrá un cargo de \$10.00 si el cheque es debuelto por falta de fondos y se espera el cargo en efectivo (cash).
 - c. Habrá "un cargo" de \$15.00 ó la cantidad del copago por "NO SHOW" ó por cancelaciones no antes de 24 horas.
6. Pacientes con un balance mayor de 90 dias se referirán a una agencia de colección. Todos los cargos, incluyendo abogados, seran su responsabilidad.
 - a. Estos pacientes no podrán volver a esta oficina y tendrán que buscar a otro médico.
7. Hemos desarrollado estas reglas porque los gastos envueltos en coleccionar el dinero han aumentado. Los empleados de esta oficina estan aquí para servirles y ayudarle. Si tiene alguna pregunta puede hablar con la directora de la oficina.

Yo, _____ he leído las regulaciones financieras, entiendo y acepto toda las reglas.

Firma

Fecha