

REGISTRO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS



Fecha: _____

Paciente: _____
(Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer

Dirección: _____

Número de teléfono preferido: _____ Correo electrónico preferido: _____

Información de los padres/tutores

Padre/Tutor #1: _____ **Relación:** _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Dirección (si es diferente de la del paciente): _____

Número de teléfono preferido: _____ Empleador: _____

Padre/Tutor #2: _____ **Relación:** _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Dirección (si es diferente de la del paciente): _____

Número de teléfono preferido: _____ Empleador: _____

* Si los padres no viven juntos o si el niño no vive con los padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

Nombre del responsable: _____ **Relación con el paciente:** _____ **NSS:** _____

Seguro Médico

Marque la casilla si paga por cuenta propia

Compañía de Seguros Primaria: _____

Póliza: _____ # Grupo: _____ # Plan: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ relación con el paciente: _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____

Póliza: _____ # Grupo: _____ # Plan: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ relación con el paciente: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA ACOMPAÑAR Y DAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO QUE NO SEAN LOS PADRES:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

FAVOR DE NOMBRAR TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN CASA CON EL PACIENTE:

Nombre	Relación al paciente	Fecha de nacimiento

¿Hay hermanos que no figuran en la lista? Si es así, indique sus nombres, edades y dónde viven.

NOMBRE/UNICACIÓN DE LA FARMACIA PREFERIDA: _____

Entiendo que el pago de toda la atención médica se debe realizar en el momento del servicio. El paciente, padre y/o tutor legal que firma este formulario es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles, coaseguros y/o saldos impagos no cubiertos por el seguro, independientemente de su estado civil. Entiendo que soy responsable de cualquier costo incurrido en el cobro de la cuenta de un paciente en caso de incumplimiento, incluidos los honorarios razonables de abogados y los costos judiciales.

Por la presente otorgo permiso a Matthews-Vu Medical Group para divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros si así lo solicita, y también autorizo el pago directamente a Matthews-Vu Medical Group.

Una fotocopia de esta autorización se considerará efectiva y válida como el original.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre impreso

¿Cómo conociste nuestra práctica? _____