

Haywood Pediatric & Adolescent Associates, P.A.

Fecha _____

ACCOUNT # _____

Por favor, llene cada caja completamente para todos los niños a que la información siguiente pertenece.

1st Nombre Apellido: _____
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro:** _____ **Sex:** Niño Niña

Raza: Los indios americanos Asia Negro o Afro-Americana Más de una raza Blanca Hispano o Latino Prefiero no responder
 Otros: _____

Ethnicity/Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no responder **Preferencia de idioma:** (Círculo Uno) Español Inglés

2nd Nombre Apellido: _____
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro:** _____ **Sex:** Niño Niña

Raza: Los indios americanos Asia Negro o Afro-Americana Más de una raza Blanca Hispano o Latino Prefiero no responder
 Otros: _____

Ethnicity/Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no responder **Preferencia de idioma:** (Círculo Uno) Español Inglés

3rd Nombre Apellido: _____
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro:** _____ **Sex:** Niño Niña

Raza: Los indios americanos Asia Negro o Afro-Americana Más de una raza Blanca Hispano o Latino Prefiero no responder
 Otros: _____

Ethnicity/Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no responder **Preferencia de idioma:** (Círculo Uno) Español Inglés

4th Nombre Apellido: _____
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro:** _____ **Sex:** Niño Niña

Raza: Los indios americanos Asia Negro o Afro-Americana Más de una raza Blanca Hispano o Latino Prefiero no responder
 Otros: _____

Ethnicity/Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no responder **Preferencia de idioma:** (Círculo Uno) Español Inglés

MAS EN LA PROXIMA PAGINA →

¡Llene por favor completamente!

Contacto durante Emergencia: (Marque Uno) Madre Padre Otro: _____ Teléfono : _____

Nombre y apellidos de madre o guardian _____

El Apellido de Soltera _____

Seguro _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Teléfono _____
(Mailing Address) (City) (State, ZIP)

Teléfono Celular _____ Empleo _____ Teléfono del Trabajo: _____

La relación al paciente: Padre Otro: _____ Correo Electronico _____

Nombre y apellidos de padre o guardian _____

Seguro _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Teléfono _____
(Mailing Address) (City) (State, ZIP)

Teléfono Celular _____ Empleo _____ Teléfono del Trabajo: _____

La relación al paciente: Padre Otro: _____ Correo Electronico _____

Nombre de Seguros: _____

El método preferido de comunicación: recordatorios de cita, recordatorios de inmunización, etc...

_____ Correo Postal

_____ Teléfono

_____ El Mensaje de la web por nuestro Pórtico Paciente

Proveedor preferido: (por favor marque sólo uno) Dr. Stephen Wall Dr. Steven Hammel Dr. Sara Evers

Dr. Karin McLelland Dr. Trew Stransky Anne Sarzynski Lillian Norris

MAS EN LA PROXIMA PAGINA →

¡Llene por favor completamente!

La autorización para el Uso y la Revelación de Información Individualmente Identificable de Salud

¿Puede los mensajes Confidenciales, inclusive recordatorios, los resultados del laboratorio y la radiografía u otro incormation de asistencia sanitaria son dejados en contestadores, en el teléfono celular, o en buzón de voz de trabajo?

(Circle One/ Círculo Uno)

SÍ

NO

Yo por la presente autorizo el uso o la revelación de mi información individualmente identificable de la salud describieron como abajo. Entiendo que la información yo autorizo a una persona o la entidad a recibir re-reveló y ya no protegido por regulaciones federales de intimidad.

Yo, siendo el padre o guardián del niño(s mencionado), por la presente solicito y autorizo Haywood Pediatric and Adolescent Medicine Group para llevar a cabo los servicios necesarios para mi hijo que se considere conveniente por el médico o el proveedor, si estoy o no presente en el nombramiento real.

Por favor, miembros de la familia de lista que puede traer a su niño al médico para el diagnóstico y el tratamiento, y quién puede coger prescripciones. Entiendo que cada esfuerzo será hecho para contactarme en caso de accidente, en caso de la enfermedad grave, o en caso de la admisión del hospital.

Nombre: _____ Relacion: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Teléfono _____

Yo autoriso a Haywood Pediatrics que puede dar información concernientes a mi hijo/a mi seguro que tengo, a otro personal medico que mi hijo sea referido por Haywood Pediatrics para cualquier tratamiento, y que mi hijo sea admitido en el hospital.

Todos servicios profesionales son cargados al paciente. El pago para cargas de oficina es debido en el tiempo del servicio. Los pacientes cubrieron bajo un plan contratado del seguro son responsable de cualquier co-pago, deducible, o el coaseguro en el tiempo del servicio. El paciente es responsable de todos honorarios a pesar de la cobertura. La información actualizada del seguro debe ser dada en tiempo de servicios. El fracaso para hacer así le puede obligar para pago para servicios rendidos. El divorcio no tiene relación con la responsabilidad para el cuidado médico como afecta terceros partidos. La Pediatría de Haywood no se mete en disputas de pago entre pagos.

He recibido una copia de la Nota de Prácticas de Intimidad. Consiento al tratamiento médico y procedimientos diagnósticos por proveedores de asistencia sanitaria de Haywood Pediatrics. He leído el encima del Consentimiento para Utilizar o Revelar Información para el Tratamiento, para el Pago, o para las Operaciones de Asistencia sanitaria y por la presente autoriza la liberación/transmisión de información médica pertinente necesaria para el tratamiento, para el pago, o para las operaciones de asistencia sanitaria. He leído también y completé el encima de la Autorización para el Uso y la Revelación de Información Individualmente Identificable de Salud y entiendo que si yo me niego a firmar esta autorización, la ley puede permitir la Haywood Pediatrics para negarse el tratamiento. Soy responsable de todas cargas contraída en la Haywood Pediatrics y autorizo el pago de beneficios de insuarance directamente a la Haywood Pediatrics. Soy responsable del pago de todas cargas no cubrió por contratos de seguro – inclusive co-pagos, deducible, los servicios de no-cubrió, y esos determinado por la compañía de seguros, donde no hay contrato con la Haywood Pediatrics, para ser arriba el honorario usual y de costumbre de compañía de seguros.

La firma de Paciente o Partido Responsable : _____ (SEAL)

Fecha: _____

¡Gracias!