

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Lamentamos pedir la siguiente información, pero las compañías de seguros requieren información adicional para procesar nuestras reclamaciones. **INFORMACIÓN INCOMPLETA RESULTARÁ EN UN BALANCE A SU CUENTA AL TIEMPO DE SERVICIO. TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS.**

NOMBRE DEL PADRE _____ Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Teléfono móvil _____
Ciudad, Estado, Código postal _____ Teléfono de casa _____
Nombre y dirección del empleador _____

Teléfono del empleador _____ Ocupación _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Teléfono móvil _____
Ciudad, Estado, Código postal _____ Teléfono de casa _____
Nombre y dirección del empleador _____

Teléfono del empleador _____ Ocupación _____

PADRASTRO (Si es aplicable) _____

Dirección _____
Teléfono de casa _____ Fecha de nacimiento _____
Empleador _____
Teléfono del empleador _____ Ocupación _____

SEGURO PRIMARIO _____ Grupo # _____

Dirección del Seguro _____
Número de identificación _____ Teléfono del seguro _____

SEGURO SECUNDARIO _____ Group # _____

Dirección del Seguro _____
Número de identificación _____ Teléfono del seguro _____

A QUIEN PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA _____

Número de teléfono _____ Relación _____

NOMBRE DE LOS NIÑOS	SEGURO SOCIAL #	M or F	FECHA DE NACIMIENTO	VIVE CON
----------------------------	------------------------	---------------	----------------------------	-----------------

Raza _____ **Etnicidad** _____ **Idioma** _____

Dirección de correo electrónico _____ **Texto SMS OK: Sí o No** _____

LANZAMIENTO DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN:

Yo consiento al tratamiento médico para el (los) paciente(s) mencionado(s) arriba y autorizo por este medio el pago directamente al médico suscrito de los beneficios cirujanos/médicos. Soy financieramente responsable de cualquier saldo. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica de mi hijo. Además, si fuera necesario asignar mi cuenta para cobros, se acuerda que pagaré cargos razonables, honorarios de abogado y costos asociados.

POLÍTICA FINANCIERA / OFICINA Y HIPAA RECONOCIMIENTO:

He leído, comprendido y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las políticas y procedimientos de la oficina / financiera y de aceptar cumplir con los términos de esta política. También reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo la Regla Omnibus 2013.

FIRMA _____ **RELACIÓN** _____ **EL DÍA DE HOY** _____

A quién podemos agradecer por esta referencia a nuestra oficina _____