

Registración Estrella Pediatrics, P.C.

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha De Nacimiento	DOB:	M/F
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección del Paciente: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código Postal

Paciente vive con: () madre () padre () ambos () otros, por favor especifique _____

Por favor, **Circule** si es (madre natural, madrastra, o Guardián)

Nombre de la madre _____ **SS#** _____ - _____ - _____ **DOB:** _____

Dirección _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: principal (____) _____ - _____ **Alternativo** (____) _____ - _____ **Trabajo** (____) _____ - _____
Tipo: casa o celular Tipo: casa o celular

Empleador _____ **Ocupación** _____

Por favor, **haga un círculo** (padre natural, padrastro, o, Guardián)

Nombre del padre _____ **SS#** _____ - _____ - _____ **DOB:** _____

Dirección _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: principal (____) _____ - _____ **Alternativo** (____) _____ - _____ **Trabajo** (____) _____ - _____
Tipo: casa o celular Tipo: casa o celular

Empleador _____ **Ocupación** _____

En caso de emergencia, póngase en contacto con:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(primario) _____ (Alternativo) _____

Aunque copiamos sus tarjetas de seguros no toda la información necesaria al archivo es disponible en la tarjeta. Complete toda la información solicitada. *Si la información no es completa, se establecerá la cuenta a usted hasta que tengamos la información necesaria para presentar una reclamación.*

Nombre seguro principal _____	Secundaria nombre seguro _____
Identificación # _____ Grupo # _____	Identificación # _____ Grupo # _____
Nombre del titular de la política:	Nombre del titular de la política:
Apellido _____ Primer _____ Inicial _____	Apellido _____ Primer _____ Inicial _____
DOB: _____ SS# _____	DOB: _____ SS# _____
Relación de titular de política: _____	Relación de titular de política: _____

Información opcional: Raza _____ etnicidad _____ Lenguaje _____ Declinar

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

Lanzamiento de beneficios e información:
 Da su consentimiento para recibir tratamiento médico para los paciente(s) mencionados y autoriza pago directamente al médico que suscribe los beneficios médicos y quirúrgicos. Soy financieramente responsable por cualquier saldo. Autorizo a la liberación de cualquier información médica necesaria para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud de mi hijo. Además, debe ser necesario asignar mi cuenta para las colecciones, se acuerda que yo voy a pagar cargos razonables, honorarios de abogado y los costos asociados.

Oficina económica política y HIPPA:
 He leído, entendido y he tenido la oportunidad de hacer preguntas de la Oficina / financiera políticas y procedimiento y acepto esta política. También reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad, incluyendo la regla Omnibus 2013.

_____ **Relación** _____ **Fecha** _____

Firma de padres o guardián

A quien podemos agradecer por esta remision a nuestra oficina: _____