

## Registración Estrella Pediatrics, P.C.

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

**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.*

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

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: \_\_\_\_\_