

TUCSON CENTRAL PEDIATRICS

Registro de Paciente

Use letra de molde

Niño(a) 1: Apellido(s): _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: _____ Language Preferido: _____
mes día año

de Seguro Social _____ - _____ - _____

Ethnicidad: Hispano / No-Hispano / Desconocido Raza: Oriental / Negro / Hawaiano / Blanco

Niño(a) 2: Apellido(s): _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: _____ Language Preferido: _____
mes día año

de Seguro Social _____ - _____ - _____

Ethnicidad: Hispano / No-Hispano / Desconocido Raza: Oriental / Negro / Hawaiano / Blanco

Niño(a) 3: Apellido(s): _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: _____ Language Preferido: _____
mes día año

de Seguro Social _____ - _____ - _____

Ethnicidad: Hispano / No-Hispano / Desconocido Raza: Oriental / Negro / Hawaiano / Blanco

Dirección de Correo:

_____ (Calle o Caja Postal)

_____ (Ciudad)

_____ (Estado y Código Postal)

Teléfono (casa): (_____) _____ - _____

¿Quién vive en el hogar? _____

Seguro Medico:

Primario:

Nombre del dueño de Poliza _____ Numero de Seguro Social del dueño de Poliza _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino/ Femenino Relación al Paciente _____

Nombre de Compañía de Seguros _____ fecha efectiva _____

Dirección _____ # de indentificación _____ de grupo _____

Secundario:

Nombre del dueño de Poliza _____ # de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino/ Femenino Relación al Paciente _____

Nombre de Compañía de Seguros _____ fecha efectiva _____

Dirección _____ # de indentificación _____ de grupo _____

Autorización para la divulgación de información medica: Yo autorizo a Tucson Central Pediatrics P.C. que divulge información medica pedida por la compañías de seguros medicos ó agencias publicas asistiendo con pagos para el cuidado medico de los pacientes mencionados.

Autorización de Prestaciones de Seguro Medico: Yo autorizo que el pago de prestaciones sea a Tucson Central Pediatrics P.C. y entiendo que soy responsable financieramente de gastos que no estan cubiertos por esta asignación. Yo autorizo el reembolso de las prestaciones del seguro pagadar en exceso cuando la cobertura está sujeta a la coordinación de las prestaciones en caso de incumplimiento. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobranza incluyendo honorarios de abogados.

Esta version de la divulgación de información medica y asignación de las prestaciones del seguro se considera en vigor apartir de la fecha de la firma hasta que sea revocada por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

(Firma del Representate del Paciente)

Registro de Paciente

Contacto 1: Nombre Completo: _____ Relación al Paciente _____

¿Vive con el paciente? Si / No Fecha de Nacimiento: ____/____/____ de Seguro Social ____ - ____ - ____

Teléfono (Trabajo): (____) _____ - _____ Teléfono (celular): (____) _____ - _____

Correo Electrónico Casa: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Cual seria su preferencia de contacto en relacion a:

Problemas Medicas: Teléfono de casa / Teléfono de Trabajo / Celular / Correo electronico de casa

Recordatorios de Cita: Teléfono de casa / Celular / Correo electronico de casa / Correo electronico de Trabajo

Aviso de Productos retirados: Dirección de casa / Teléfono de casa / Teléfono de Trabajo / Celular / Correo electronico de casa

Cuentas de Cobro: Dirección de casa / Correo electronico de casa / Correo electronico de Trabajo

Avisos de Clinica: Dirección de casa / Teléfono de casa / Celular / Correo electronico de casa

Notificaciones del Portal del Paciente: Celular / Correo electronico de casa / Correo electronico de Trabajo

Contacto 2: Nombre Completo: _____ Relación al Paciente _____

¿Vive con el paciente? Si / No Fecha de Nacimiento: ____/____/____ de Seguro Social ____ - ____ - ____

Teléfono (Trabajo): (____) _____ - _____ Teléfono (celular): (____) _____ - _____

Correo Electrónico Casa: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Si este contacto necesito ser notificado aparte de Contacto 1 paca cuestiones medicas. Recordatorios de cita. Avisa de productos retirados cuentas de cabro. Aviso de clinica y notificaciones del Portal del Paciente. Apunte sus preferencias de comunicación aqui: _____

Nombre de escuela: _____ Dirección: _____

Preguntas adicionales del contacto:

¿Quién recibira cuentas de cobro? _____

¿Todos los contactos pueden tener acceso al expediente electrónico del paciente? Si / No / _____

Contacto de emergencia, que no sea padre(s): Nombre y relación

1: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

2: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Si los padres estan divorciados o separados por favor de llenar esta sección:

¿Quien tiene custodia? _____

¿Hay alguna restricción legal que podria restringir el padre que no tiene custodia para dar consentimiento para tratamientos medicos de niño(a) ó para obtener información de tratamiento medico del niño(a)? Si / No

Si respuesta es si por favor de explicar y dar copia del documento legal que respalda las restricciones.