



FECHA: _____
OFICINA: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE PEDIATRÍA DE IRVING
(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

Información del paciente (indique TODOS los niños menores de 18 años)

Nombre legal	Nombre Preferido	PCP en nuestra oficina	Sexo (M / F)	Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa)	¿El niño vive con? (madre / padre / ambos)

Madre / padre / Tutor # 1 (para los niños nombrados arriba)

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____
 Nombre del empleador _____

Fecha de nacimiento _____
 Teléfono de casa (____) _____
 Teléfono móvil (____) _____
 Teléfono del trabajo (____) _____
 Dirección de correo electrónico _____

Madre / Padre / Tutor # 2 (para los niños nombrados arriba)

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____
 Nombre del empleador _____

Fecha de nacimiento _____
 Teléfono de casa (____) _____
 Teléfono móvil (____) _____
 Teléfono del trabajo (____) _____
 Dirección de correo electrónico _____

Estado civil (círculo): Casado Soltero Apartado Divorciado Viudo

SI SE DIVORCIÓ: LA CUSTODIA COMPARTIDA CUSTODIA ÚNICA DOCUMENTOS LEGALES SUMINISTRADOS

Dirección de los niños en los que vive (s) (si es diferente a los anteriores)

Dirección _____ Teléfono (____) _____
 Ciudad _____ ZIP estado _____

Contacto de emergencia (que no sea el padre / tutor)

Nombre _____ Relación _____
 Teléfono de casa (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Proveedores de cuidado autorizados (que no sean los padres)

Las siguientes personas están autorizadas a hablar sobre información médica personal y a llevar a mis hijos menores a Irving Pediatrics para su evaluación y tratamiento, incluidas las vacunas:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE PEDIATRÍA DE IRVING

(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- _____ Iniciales Irving Pediatrics (**circule uno**) no puede/puede tratar y administrar inyecciones / vacunas a mis hijos no acompañados mayores de 16 años.
- _____ Iniciales Yo, _____, autorizo a Irving Pediatrics a comunicarse conmigo por teléfono con información médica relacionada con el cuidado de mi (s) hijo (s). Si no estoy disponible, esta autorización le da permiso a Irving Pediatrics para dejar esta información en mi contestador automático, correo de voz o con un miembro de mi hogar.
- Número preferido para llamar con información: _____
- _____ Iniciales Autorizo a Irving Pediatrics, a quien ellos designen, a evaluar y tratar a mis hijos mencionados anteriormente y a divulgar a nuestra compañía de seguros cualquier información obtenida en el curso del examen o tratamiento de mis hijos, y a recibir todos los pagos por dicho examen o tratamiento. Irving Pediatrics tiene mi permiso para divulgar estudios de diagnóstico, informes, etc. a un especialista involucrado en el cuidado de mi hijo.
- _____ Iniciales Entiendo que todas las decisiones de atención médica, incluida la autorización de vacunación, deben ser tomadas por un tutor legal o un padre.
- _____ Iniciales Un padre / tutor / cuidador autorizado debe estar presente en cada visita. Si alguien más va a traer a su (s) hijo (s), **necesitaremos autorización previa por escrito** que incluye autorización para el tratamiento, su información de contacto y autorización de pago del seguro y copago para esta visita.

POLITICAS DE PAGO

- _____ Iniciales **Información del seguro:** La (s) tarjeta (s) de seguro deben presentarse en el momento del servicio. Se hará una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro para su archivo. Es su responsabilidad proporcionar información actualizada sobre el seguro en el momento del servicio. Si la (s) tarjeta (s) del seguro no se presenta en el momento del servicio, o si la información del seguro en el archivo no se puede verificar antes de una visita, los cargos son su responsabilidad hasta que se reciba una copia de la (s) tarjeta (s) del seguro. Para que los servicios se facturen a su compañía de seguros, se debe recibir una copia de la (s) tarjeta (s) del seguro dentro de los 10 días posteriores a la fecha del servicio.
- _____ Iniciales **Saldos de cuentas:** Cuando se recibe la información del seguro después de los requisitos de presentación oportuna de su compañía de seguros, los cargos por esos servicios son su responsabilidad. Usted es responsable del pago de todos los servicios no pagados por su compañía de seguros, incluidas todas las pruebas de detección y las pruebas realizadas en el momento de las visitas de rutina. Irving Pediatrics se reserva el derecho de reprogramar o denegar futuras citas por cuentas morosas.
- _____ Iniciales **Pagos:** Irving Pediatrics acepta pagos en efectivo y con tarjeta de crédito / débito. Los cheques personales no se aceptan en la oficina, pero se aceptan por correo (para pagos de estados de cuenta).
- _____ Iniciales **Copagos:** Se espera que los copagos se paguen en el momento en que se preste el servicio. Si no se recibe el pago en el momento del servicio, puede haber una tarifa adicional. Todos los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo por servicio de \$ 40.
- _____ Iniciales **Auto pago:** Se espera el pago en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros antes de su visita. Pregunte por el programa de vacunas para niños.
- _____ Iniciales **Situaciones de divorcio:** El padre que trae al niño para que lo cuide es responsable del pago de los copagos. Ambos padres son responsables del pago de los saldos impagos, independientemente de la sentencia de divorcio. Si existen problemas de pago, deben resolverse entre los padres.
- _____ Iniciales **Referencias:** Si su plan de seguro requiere derivaciones para atención especializada recomendadas por su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener información sobre estos requisitos y comunicarse con el especialista en derivaciones en esta oficina para solicitar que se procese una derivación antes de la cita con el especialista.
- _____ Iniciales **Código de noche, fin de semana y vacaciones:** Tenga en cuenta que informamos todas las visitas nocturnas, de fin de semana y festivos a su compañía de seguros. Este código puede estar cubierto o no.
- _____ Iniciales **No más especáculos:** Se cobrará una tarifa de \$ 25 por no presentarse para todas las visitas que no se cancelen con uno o más días hábiles de anticipación.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- _____ Iniciales Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se manejará mi información médica en diversas situaciones.

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO