

Pan and Hsu Pediatrics, Inc.



FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Niño o Niña Fecha de nacimiento: _____ Etnicidad: _____

Domicilio:

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Tel primario (____) _____ Tel secundario(____) _____

Contacto de emergencias: _____ Relación al paciente: _____

(diferente de Mama o Papa)

Número de tel (____) _____

Por favor circule una opción

Madre/Padre/Adoptivo/Guardian

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Trabajo: _____

Email: _____

Tel del trabajo (____) _____

Por favor circule una opción

Madre/Padre/Adoptivo/Guardian

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Trabajo: _____

Email: _____

Tel del trabajo (____) _____

Hermano/as

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Los padres del (los) niño(s) están: Casados/ Divorciados/ Separados/ Viviendo Juntos

¿Si los padres están divorciados o separados, cuales son los arreglos legales de custodia con los niños?

Custodia física:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Aseguranza primaria _____ Número de identificación _____

Aseguranza secundaria _____ Número de identificación _____

Nombre de subscriptor _____

Fecha de nacimiento del subscriptor _____ SSN _____

Relación al paciente _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

PÓLIZA DE LA OFICINA

Póliza de citas perdidas: Por favor llame por algún cambio/cancelación por lo menos un día antes de su cita. Si falta dos citas, una cita no estará disponible en el futuro y vamos a pedir que venga a la oficina sin cita.

Llegando tarde: Si llega tarde para su cita, es posible que necesite hacer otra cita para otro día al menos que el horario de la doctora pueda acomodar al paciente.

ACUERDO FINANCIERO/PARTE RESPONSABLE (LEA ANTES DE FIRMAR)

Entiendo que el copago necesita ser pagado el mismo día del servicio médico. Entiendo que yo soy responsable por todos los costos que no sean cubiertos por mi aseguranza; por ejemplo, los copagos de aseguranza y deducibles.

Entiendo que si mi cuenta es mandada a una agencia de cobranza, tendré una carga de \$20. En el evento que mi cuenta sea mandada a una agencia de cobranza dos veces, entiendo que mi(s) niño(s) no podrá(n) ser atendidos por las doctoras de Pan and Hsu Pediatrics.

Entiendo que si mi aseguranza niega el pago por alguna razón, soy responsable por todo el pago.

He leído y entiendo las pólizas y acuerdo financiero de Pan and Hsu Pediatrics'.

Nombre _____

Relación al paciente _____

Firma _____ Fecha _____