



By Your Side... From Crawling to Flying

REGISTRO DE PACIENTE

FECHA: _____

PATIENT'S INFORMATION			
Nombre:		Sexo:	Fec. Nac.:
Dirección:		Ciudad:	Est: Zip:
Teléfono:		SSN#:	
Nombre y Teléfono de la Farmacia:			
INFORMACION DEL MADRE			
Nombre:		Fec. Nac.:	SS#
Dirección:		Ciudad:	Est: Zip:
Empleador:		Ocupación:	
# del Trabajo:		# de la Casa:	
Email:		Teléfono:	
INFORMACION DEL PADRE			
Nombre:		Fec. Nac.:	SS#
Dirección:		Ciudad:	Est: Zip:
Empleador:		Ocupación:	
# del Trabajo:		# de la Casa:	
Email:		Teléfono:	
INFORMACION DEL RESPONSABLE			
Nombre:		Fec. Nac.:	SS#
Dirección:		Ciudad:	Est: Zip:
Empleador:		Ocupación:	
# del Trabajo:		# de la Casa:	
Email:		Teléfono:	
CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES)			
Nombre:		Dirección/Teléfono:	
PARIENTE MAS CERCANO (QUE NO VIVE CON LA FAMILIA)			
Nombre:		Dirección/Teléfono:	
INFORMACION DE SEGURO/CUENTA			
Persona Responsable: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro(relación con el PT):			
Dirección para enviar la cuenta:			Teléfono:
SEGURO PRIMARIO			
Nombre:		Fec.Nac.:	Dirección:
#Pol:	#Grupo:	Código de Beneficio:	Fecha. Effect.:
Nombre del poseedor de la póliza:			
SEGURO SECUNDARIO			
Nombre:		Fec.Nac.:	Dirección:
#Pol	#Grupo:	Código de Beneficio:	Fecha. Effect.:
Nombre del poseedor de la póliz:			
#Medicaid:		Medicare:	
INFORMACION DEL SEGURA ADICIONAL:			

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: AQUÍ AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS QUIRÚRGICOS / MÉDICOS A VIVA PEDIATRICS, P.A. PARA LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN MIEMBRO DEL GRUPO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: AQUÍ AUTORIZO VIVA PEDIATRICS, P.A. PARA DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA O INCIDENTAL QUE PUEDE SER NECESARIA PARA CUALQUIER ATENCIÓN MÉDICA O EN PROCESAMIENTO DE SOLICITUDES DE BENEFICIOS FINANCIEROS. UNA FOTOCOPIA DE ESTAS ASIGNACIONES SERÁ VÁLIDA COMO EL ORIGINAL. ENTIENDO Y ACEPTO QUE (SIN CUIDADO CON MI ESTADO DE SEGURO) SOY RESPONSABLE DEL SALDO DE MI CUENTA POR CUALQUIER SERVICIO COMPLETADO. YO TENGO LEER TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y LA COMPLETA. CERTIFICO QUE TODA ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. AVISARE A LA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD O LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

Nombre de Persona Autorizada: _____
(por favor use letra de molde)

Firma de Persona Autorizada: _____

Nombre del Paciente: _____ Fec.Nec.: _____
(por favor use letra de molde)

Relación con el Paciente: _____

Fecha: _____