

Brighton Pediatrics, P.C.

INFORMACION DEL PACIENTE/PAADOR

Por favor llene **toda** la información **completa** para actualizar nuestros archivos y cobrar al seguro médico correctamente.

Información de Paciente:

Nombre: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo _____ Alergias _____
(Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____
Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Celular): _____

Persona Legalmente Responsable:

(Apellido) _____ (Nombre) _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____
**Número de Seguro Social (últimos cuatro números solamente): XXX-XX- _____
Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Celular): _____
Ocupación: _____ Empleador: _____ Número de Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Inscribir para acceso al portal de paciente si no

Segunda persona Legalmente responsable:

(Apellido) _____ (Nombre) _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____
Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Celular): _____
Ocupación: _____ Empleador: _____ Número de Teléfono _____

Contacto de Emergencia: (además de la persona responsable) Nombre: _____ Numero de tel.: _____

Debido a los mejores diagnósticos y tratamiento de enfermedades genéticas y otras, la siguiente información sería útil para la atención médica de sus niños.

Raza:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Africano Americano
- Hispano o Latino
- De las Islas del Pacifico
- Blanco o Caucasian
- Otro
- Prefiero no contestar

Grupo Étnico:

- No Hispano o Latino
- Latino
- Prefiero no contestar

Idioma: (Favor marcar una)

- Ingles
- Español
- Otro _____

NUEVOS PACIENTES SOLAMENTE- Como supo sobre nosotros?

- Pariente/Amistad
- Hospital Platte Valley
- Facebook
- Google
- Brighton Buzz
- Directorio DEX
- Seguro Medico
- Otro: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

Nombre de Seguro: _____ Número de Suscriptor _____ Número de Grupo _____
Nombre de Grupo _____ número de teléfono: _____
Asegurado (Apellido) _____ (Nombre) _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO:

Nombre de Seguro: _____ Número de Suscriptor _____ Número de Grupo _____
Nombre de Grupo _____ Número de teléfono: _____
Asegurado (Apellido) _____ (Nombre) _____ Fecha de Nacimiento: _____

Favor de proveer una copia de su seguro médico actual.

Consentimiento para el tratamiento

Por este medio consiento el tratamiento de mi (s) hijo (os) para recibir atención médica rutinaria. Entiendo que tengo el derecho de discutir los procedimientos o tratamientos propuestos con mi médico, y para consentir, o rechazar tales procedimientos o tratamientos.

Asignación de Beneficios/Responsabilidad de Pre-Autorización

Yo autorizo pago de beneficios por cualquier tercer grupo directamente a Brighton Pediatrics.P.C. por servicios brindados. Yo comprendo que es mi responsabilidad obtener toda autorización previa, seguir con todos los requisitos del plan de seguro médico en el cual estoy suscrito, y facilitar información de seguro médico correcta. Yo entiendo que mis co-pagos, deducibles y los cargos no cubiertos por mi seguro se deben pagar el día de la visita. Acepto pagar a Brighton Pediatrics.P.C. En acuerdo con este consentimiento.

Firma de Padre/Guardián Legal: _____ **Relación al Paciente** _____ **Fecha** _____

Aceptamos pagos en Efectivo, Cheque, Visa o MasterCard.