

# Información de Paciente

American Fork Pediatrics

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	Language Preferido
		___/___/___	M F		
		___/___/___	M F		
		___/___/___	M F		
		___/___/___	M F		
		___/___/___	M F		

## Persona a contactar en caso de emergencia (No es mismo domicilio de paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente (s): \_\_\_\_\_

Niño vive con (encierre uno): Madre Padre Ambos Otra persona: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

\*Correo electronico para recordatorio de citás y cambios de oficina: \_\_\_\_\_

## Informacion del Fiador

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Domicillo: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del otro Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Domicillo (si es otro diferente al del fiador): \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## Informacion de Aseguranza

Nombre de la Primera Aseguranza: \_\_\_\_\_ Nombre de el Poseedor de la Póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza #: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo #: \_\_\_\_\_

Domicillio de la Aseguranz: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_

Telefono de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Día Efectivo de la Corbertura: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Co-Pago or Visita \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la Primera Aseguranza: \_\_\_\_\_ Nombre de el Poseedor de la Póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza #: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo #: \_\_\_\_\_

Domicillio de la Aseguranz: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_

Telefono de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Día Efectivo de la Corbertura: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Co-Pago or Visita \$ \_\_\_\_\_

## Contrato de la Póliza de nuestra Oficina

Yo autorizo el cuidado y tratamiento por el Dr. Whiting M.D. y sus asociados. Tambien acepto los siguientes términos: 1) Entiendo que soy responsable por mi pago, mi aseguranza NO es responsable. 2) Entiendo que el pago es inmediato al tiempo del servicio y por lo tanto acepto el pagara medida que sean los servicios. 3) Entiendo que el Dr. Michael D Whiting M.D. puede cobrar a mi seguro como un servicio, pero después de 60 dias, soy responsable del pago total.. 4) Yo acepto que el co-pago se hace al tiempo del servicio. Si el co-pago no se hace al tiempo del servicio, acepto a pagar \$2.00 por mes por pago del manejo por correo en adición a mi co-pago. 5) Si el pago no es recibido ya sea por parte de mi compañía aseguradora o la familia dentro de 60 dias, acepto a pagar 1.5% de intéres por mes, un minimo de \$2.00 por mes (18% interés anual) de todos los balances no pagados que hallan excedido los 60 dias. 6) Me comprometo a pagar cualquier cuota legal y/o de collección que pertenezcan a mi cuenta si fallo a pagar, y si servicios o actividades de collección son requeridos. 7) Yo autorizo la disponibilidad de toda la información para el seguro u otros portadores de un tercero y dirigirlas a remitir el pago directamente al doctor que proveyo el cuidado . 8) Yo comprendo que el servicio será cobrado si fallo a atender una cita programada o una cita que fué hecha en el mismo dia que se requirio. 9) Yo comprendo que no importa quien triaga al niño, yo soy responsable por el pago del dia de servicio (el doctor NO PUEDE cobrar a UNA TERCERA PRSONA tal como una ex-conyuage). 10) Yo comprendo que yo, o uno de los padres del niño debe autorizar el tratamiento por cada visita de nuestro hijo. Si uno de los padres no puede atender la cita, enviaré una autorización por escrito para el tratamiento. 11) Yo comprendo que una cuota de \$20.00 será cargada por todos los cheques devueltos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente (s): \_\_\_\_\_

## HIPPA Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia del Tenedor estadounidense Pediatrics 'Política de HIPPA y que es mi responsabilidad leer dicha notificación para entender cómo se pueden usar los registros médicos de mis hijos. Entiendo que no se requiere ninguna autorización de mi parte con el fin de American Fork Pediatría de usar de mis hijos historia clínica con fines de tratamiento, pago o atención médica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_