



ACTUALIZACION DE DOMICILIO

(UPDATE PATIENT INFORMATION)

NOMBRE DE NIÑO(A) _____
(Child's name) APELLIDO (Last name) NOMBRE (First name)

FECHA DE NACIMIENTO: (DOB) _____ SEXO: MASCULINO / FEMENINO

DIRECCION: (ADDRESS) _____

CIUDAD (CITY) _____ ESTADO (STATE) _____ CODIGO POSTAL (ZIP) _____

COREO ELECTRONICO:(EMAIL) _____

NUMERO DE TELEFONO:(PHONE#) _____

PODEMOS DEJARLE MENSAJE EN ESTE NUMERO? SI NO

NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA (EMERGENCY PHONE#) _____

PODEMOS DEJARLE MENSAJE EN ESTE NUMERO? SI NO

ALGUN PEDRIATRA DE CONYERS PEDIATRICS REBISO SU RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL? SI NO

NOMBRE DE MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DE SEGURO SOCIAL _____

EMPLEADOR _____ # DE TELEFONO _____

NOMBRE DE PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DE SEGURO SOCIAL _____

EMPLEADOR _____ # DE TELEFONO _____

USTED TIENE SEGURO MEDICO? SI NO

NOMBRE DE SEGURO MEDICO PRINCIPAL/ # DE ID _____

NOMBRE DE SEGURO MEDICO SECUDARIO/ # DE ID _____

NOSOTROS NO ACEPATMOS EL SEGURO MEDICO DE KAISER. SI SU HIJO(A) TIENE SEGURO MEDICO DE TRICARE, POR FAVOR PRESENTENOS SU TARJETA DE SEGURO Y IDENTIFICACION MILITAR.

****POR FAVOR PRESENTE TARJETAS AL TIEMPO DE SU CITA****

COMO SE ENTRO DE NUESTRA OFICINA? _____

LE DAMOS LAS GRACIAS POR ESCOJERNOS COMO EL PROVEEDOR DE SALUD DE SU HIJO(A). NOSOTROS ESTAMOS DEDICADOS A LA SALUD DE SU HIJO(A). ENTIENDA QUE ES NECESARIO QUE SU CUENTA ESTE AL DIA PARA OBTENER LA MAS ALTA CALIDAD DE ATENCION MEDICA. PARA PODER PROCESAR CORRECTAMENTE EL SEGURO MEDICO, TODO LAS PACIENTES TIENEN QUE COMPLETAR NUESTRAS FORMAS EN SU PRIMER CONSULTA O CUALQUIER MOMENTO QUE SU INFORMACCION CAMBIE. **EL COBRO TIENE QUE SER OAGADO EL MISMO TIEMPO DE SERVICIO. ACEPTAMOS LAS SIGUIENTES FORMAS DE PAGO: EFECTIVO, CHEQUES, TARJETAS DE CREDITO VISAMASTERCARD/DISCOVER. TODO LOS COPAGOS Y DEDUCTIBLES DEBE SER PAGADO ANTES DE SALIR DE LA OFICINA.** DADO EL CASO QUE SU COMPANIA DE SEGURO MEDICO NO PAGO SU CUENTA DENTRO DE UN PROMEDIO DE 60 DIAS, EL BALANCE ES RESPONSABILIDAD SUYA. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA EN CUANTO A ESTSE TEMA, POR FAVOR PREGUNTELE A CUALQUIER EMPLEADO DE LA OFICINA. EL ADULTO ACOMPAÑANDO AL PACIENTE MENOR DE EDAD, LOS PADRES/GUARDIAN DEL MENOR SON RESPONSIBLE POR EL BALANCE. **NO ACEPTAMOS EL SEGURO MEDICO KAISER.** YO HE LEIDO LA INFORMACION INDICADA ARIBA Y AUTORIZO QUE SE LE HAGA EL PAGO AL DOCTOR NOMBRADO ARIBA. AUTORIZO MI CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO PARA EL NIÑO(A) NOMBRADO ARIBA. TAMBIEN AUTORIZO QUE SOMETAN CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PROCESAR EL SEGURO MEDIO.

FIRMA _____

FECHA _____