CONYERS PEDIATRICS

INFORMACCION DE PATIENT NUEVO

(NEW PATIENT INFORMATION)

NOMBRE DE NIÑO(A)_____

(CHILD'S NAME) APELLIDO (LAST NAME) NOMBRE (FIRST NAME)

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

DIRECCION: (ADDRESS)_____

CIUDAD: (CITY)_____

ESTADO:(STATE)_____ **CODIGO POSTAL:**(ZIP)_____**COREO ELECTRONICO:** (EMAIL)_____

NUMERO DE TELEFONO CASA: (PHONE #) _____

PODEMOS DEJARLE MENSAJE EN ESTE NUMERO? SI NO

CELULAR DE MAMA: (PHONE #)_____ **CELULAR DE PAPA:** (PHONE #)_____

PODEMOS DEJARLE MENSAJE EN ESTE NUMERO? SI NO 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

SU HIJO(A) NACIO EN ROCKDALE MEDICAL CENTER? []SI [] SI NO DONDE?_____

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

NOMBRE DE MADRE (MOTHER'S NAME)_____**FECHA DE NACIMIENTO** (DOB)_____

 # DE SEGURO SOCIAL (SS#)_____

EMPLEADOR (EMPLOYER)_____**TELEFONO** (PHONE#)_____

NOMBRE DE PADRE (FATHER'S NAME)_____**FECHA DE NACIMIENTO** (DOB)_____

 # DE SEGURO SOCIAL (SS#)_____

EMPLEADOR (EMPLOYER)_____**TELEFONO** (PHONE#)_____

SU NINO(A) TIENE SEGURO MEDICO? (DOES YOUR CHILD HAVE INSURANCE) 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 NUESTA OFICINA?_____

LE DAMOS LAS GRACIAS POR ESCOJERNOS COMO EL PROVEDOR 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 IMFORMACCION CAMBIE. **EL COBRO TIENE QUE SER OAGADO EL MISMO TIEMPO DE SERVICIO. ACEPTAMOS LAS SIGUIENTES FORMAS DE PAGO: EFECTIVO, CHEQUES, TARJETAS DE CREDITO VISA/MASTERCARD/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 EMPLIADO 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**