

# PACIENTE NUEVO



Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DE PACIENTE**

Nombre de Niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre & Fecha de Nacimiento de Hermanos (as) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **INFORMACION DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL**

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (OFFICE USE: Label as "Home")

Podemos dejarle mensaje en este número? \_\_\_

Padre #1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Podemos dejarle mensaje en este número? \_\_\_ Podemos dejarle mensaje en este número? \_\_\_

Dirección (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Padre #2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Podemos dejarle mensaje en este número? \_\_\_ Podemos dejarle mensaje en este número? \_\_\_

Dirección (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (familiar o amigo): \_\_\_\_\_

Numero del Emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Podemos dejarle mensaje en este número? \_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Requerimos que llene la siguiente información para cada paciente. Por favor completar esta sección antes de regresar el formulario. Gracias.

Farmacia preferida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Idioma de preferencia:

\_\_\_\_\_

Origen étnico de su hijo (a)  
(Seleccione el primario)

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o Afroamericano

Blanco

Hispano

Multiracial

Desconocido

Otro \_\_\_\_\_

Prefiero no responder

**Por Favor Presentar Identificación Con Foto y Tarjetas Del Seguro Medico en Este Momento**

**Gracias por elegirnos como proveedores de salud para sus hijos.  
Estamos comprometidos con la salud de sus hijos!!**

Entienda que todos los copagos y deducibles aplicables se deben pagar al momento de recibir el servicio. Acepto ser financieramente responsable y hacer el pago completo de todos los cargos que no cubra mi aseguradora. Doy mi autorización para que los beneficios del seguro se paguen directamente a Conyers Pediátricos en un lapso de 45 días por los servicios prestados. Autorizo a los representantes de Conyers Pediátricos para que proporcionen la información médica pertinente a la aseguradora cuando esta la solicite o para facilitar el pago de un reclamo. Si tiene una pregunta por favor comunicarse con el Departamento de Cobros y Asegurases y también aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discovery and American Express.

**Todos los menores de 18 años deben ser acompañados por un adulto en todo momento.**

He leído y estoy de acuerdo con todo lo que se indico anteriormente (Acuerdo financiero, Aviso de prácticas de privacidad, Información de seguros con Conyers Pediátricos). Doy mi consentimiento y acepto el tratamiento para el/la niño (a) antes mencionado por parte de este proveedor.

Nombre (en letra de molde)

Firma

Parentesco al paciente

Fecha