

ACTUALIZACION DE DOMICILIO



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