

**PEDIATRÍA HEBRÓN**  
Formulario de registro de pacientes

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_ Apt No: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Race (Please Circle): American Indian/Alaska Native Asian African-American White Other  
Ethnicity (Please Circle): Hispanic Non-Hispanic

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt No: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Raza (por favor, encierre en un círculo): Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Blanco Otro  
Origen Étnico (por favor, marque con un  írculo): Hispano No Hispano  
Street Address (If different): \_\_\_\_\_ Apt No: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

**Father's Name:** \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Consent to receive text message: Yes No  
Email: \_\_\_\_\_  
If address is same as above, check here   
Street Address (If different): \_\_\_\_\_ Apt No: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre/tutor:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de  
teléfono: \_\_\_\_\_ Consent para recibir mensajes de texto: Sí No

**PEDIATRÍA HEBRÓN**  
Formulario de registro de pacientes

**Secondary Insurance (If applicable):** \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_

ID Number: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla, acepta recibir mensajes recurrentes de Hebron Pediatrics, responda STOP para optar por no participar. Responda HELP para obtener ayuda. La frecuencia de los mensajes varía. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Los operadores no son responsables de los mensajes retrasados o no entregados.

**Recomendado por** (Por favor, encierre en un círculo): Amigo Doctor Escuela Google Insurance  
Other \_\_\_\_\_

Garantizo que soy la parte responsable de tomar las decisiones médicas para el niño representado en este registro médico. Por la presente doy mi consentimiento para que el personal de Pediatría de Hebrón trate a mi hijo. Reconozco que el pago vence en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Asumo la responsabilidad financiera de todos los servicios de atención médica prestados a este paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal/garante

\_\_\_\_\_

# PEDIATRÍA HEBRÓN

## Formulario de registro de pacientes

### Política de oficina

#### **Estado de Obligación Financiera**

Todos los pagos se esperan en el momento del servicio.

Esta oficina está contratada con muchos planes de seguro diferentes. Estaremos encantados de presentar sus reclamaciones de seguro, sin embargo, se espera que pague su copago, deducible y/o coseguro adeudado en cada visita. Aceptamos efectivo o tarjeta de crédito/débito. Los saldos de la cuenta de los últimos 60 días incurrirán en un cargo mensual de \$25 hasta que se pague en su totalidad.

#### **Médico de Atención Primaria**

Si su compañía de seguros le exige que seleccione un médico de atención primaria, esto debe hacerse antes de la cita de su hijo. Su seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguros de salud. Usted es financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto. Vacunación A menos que exista una contraindicación médica, requerimos que su hijo esté vacunado con todas las vacunas recomendadas por el ACIP. Si no lo hace, será dado de baja de la práctica.

#### **Pacientes de pago privado**

Si no tiene seguro, el pago debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios.

#### **Declaración de Obligación de Beneficios**

Se espera que todos los pacientes proporcionen a nuestra oficina información actualizada sobre el seguro y que entiendan sus beneficios. Para la conveniencia de nuestros pacientes, nuestro proveedor participa en una variedad de planes de atención administrada. En última instancia, el paciente es responsable de comprender sus beneficios y proporcionar a nuestra oficina información actualizada para que podamos manejar este papeleo en su nombre de manera oportuna.

#### **Registros médicos / Registros de vacunas / Formularios escolares**

Nuestra oficina tiene 30 días hábiles para divulgar los registros médicos de su hijo. Por favor, dé a nuestra oficina 5 días hábiles para sus formularios escolares, formularios de campamento y formularios físicos deportivos. Tenga en cuenta que no proporcionamos copias impresas de los registros médicos, excepto el registro de vacunas.

He leído, entendido y cumpliré con las políticas anteriores. Entiendo que soy responsable de los cargos que ocurran por mi(s) hijo(s) independientemente de los beneficios del seguro . Si al utilizar la información que he proporcionado hoy o en ocasiones anteriores, Hebron Pediatrics no puede cobrar a mi compañía de seguros, acepto toda la responsabilidad del pago de mis facturas.

Firma del padre/tutor legal/garante: \_\_\_\_\_

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

**PEDIATRÍA HEBRÓN**  
Formulario de registro de pacientes

Consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud

Por la presente, autorizo a Hebron Pediatrics a divulgar y proporcionar todos los datos médicos y financieros relacionados con el paciente que puedan ser necesarios ahora o en el futuro con el fin de tratamiento, pago u operación de atención médica para ayudar, ayudar o facilitar la recopilación de datos con el fin de revisar la utilización, garantizar la calidad o el proceso de evaluación de resultados médicos. Dicha información puede ser divulgada a compañías de seguros, HMO y PPO, organizaciones de atención administrada, Medicare/Medicaid u otros pagadores gubernamentales o de terceros o cualquier organización que contrate a cualquiera de las entidades anteriores para realizar dichas funciones.

El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por Hebron Pediatrics proporcionó una descripción completa de cómo se puede usar y divulgar mi información personal de salud.

Usted tiene derecho a solicitar que esta oficina restrinja el uso y la divulgación de su información de salud, sin embargo, esta oficina no está obligada a aceptar la restricción solicitada. Su tratamiento en esta oficina está condicionado a la firma de este consentimiento.

Firma del padre/tutor legal/garante: \_\_\_\_\_

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

# PEDIATRÍA HEBRÓN

## Formulario de registro de pacientes

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre anterior del médico/centro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal:  
\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo la divulgación de los siguientes registros a:

**Nombre de la instalación: Centro de Pediatría de Hebrón Teléfono: 972-695-9630 Fax: 972-694-0000**

Dirección de la instalación: 3020 E Hebron Pkwy, Ste 300, Carrollton, TX 75010

La información solicitada es la siguiente:

- Registros de vacunación
- Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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