

HEBRON PEDIATRICS
Formulario de Registro del Paciente

Nombre del paciente: _____ **Sexo:** ____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
La ciudad: _____ Estado: _____ Código postal de: _____
Número de seguro social: _____ Teléfono móvil: _____
Raza (favor de circular): American Indian/Alaska Nativo/Asiático/Blanco/Afroamericano/Otra
Origen étnico (por favor circule): Hispano/ No Hispano

Nombre de la madre o tutor: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
Dirección: _____
La ciudad: _____ Estado: _____ Código postal de _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
Dirección: _____
La ciudad: _____ Estado: _____ Código postal de _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico _____

Nombre seguro primario: _____
Nombre del tomador: _____ Número de seguro social: _____
Número de identificación: _____ Número del grupo: _____

Seguro secundario (si corresponde): _____
Nombre del tomador: _____ Número de seguro social: _____
Número de identificación: _____ Número del grupo: _____

HEBRON PEDIATRICS
Formulario de Registro del Paciente

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de Farmacia: _____

Referido por (Por favor circule): Amigo Médico Escuela Google Seguro Otra _____

Garantizo que soy la parte responsable para tomar las decisiones médicas para el niño en este expediente médico. Reconozco que el pago es debido en el momento del servicio, a menos que otros arreglos se han hecho. Asumo responsabilidad financiera por cualquier profesional de la salud todos los servicios prestados a este paciente.

Firma del Padre/ Guardián legal /Garante

Fecha

HEBRON PEDIATRICS
Formulario de Registro del Paciente

Oficina política

Declaración de Obligación Financiera

Todos los pagos se espera que en el momento del servicio.

Esta oficina tiene contrato con muchos planes de seguro diferentes. Estaremos encantados de presentar su seguro afirma, sin embargo se espera que pagar el copago, deducible o coseguro debido en cada visita. Aceptamos dinero en efectivo o tarjeta de crédito. Saldos de las cuentas últimos 60 días tendrán un cargo mensual de \$25 hasta que sea pagado en su totalidad.

Médico de Atención Primaria

Si usted requiere que su compañía de seguros seleccionar un médico de atención primaria, esto debe hacerse antes de su hijo'cita de s. Su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro de salud. Usted es financieramente responsable por los servicios no cubiertos.

Privado Paga Pacientes

Si no tienes seguro, pago es debido en el momento que se prestan los servicios.

Declaración de Obligaciones

Todos los pacientes se esperan que proporciona nuestra oficina con información sobre el seguro actual y comprender sus beneficios. Para la comodidad de nuestros pacientes, nuestro proveedor participa en una variedad de planes de atención administrada. Esto puede incluir completar certificaciones previas, verificación de elegibilidad o documentos similares en nombre de la paciente. En última instancia, el paciente es responsable de entender sus beneficios y proporcionando nuestra oficina con la información actual por lo que podemos manejar este papeleo en su favor de manera oportuna.

Registros Médicos / Tiro Records / Escuela de Forma

Nuestra oficina tiene 30 días para liberar el expediente médico de su hijo.

Por favor dar nuestra Oficina de 5 días hábiles para formas de la escuela, formas de campamento y formas físicas deportivas. Nota: No proveemos copias de registros médicos excepto registro de vacuna. Copias digitales recogidos en la oficina es gratuito. Copias digitales que deba ser enviado tiene un costo de \$10.

He leído, entendido y cumplirá con las políticas anteriores. Entiendo que tengo responsable de los cargos se produjeron por mis hijos independientemente del seguro beneficios. Si mediante el uso de la información que he proporcionado hoy o en ocasiones anteriores, Pediatría de Hebrón es incapaz de col Seleccione de mi compañía de seguros, Acepto completa responsabilidad para el pago de mis facturas.

Firma del Padre/ Guardián legal /Garante: _____

Fecha: _____

HEBRON PEDIATRICS

Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información Médica

Por la presente permito Pediatría de Hebrón para liberar y proporcionar todos los datos médicos y financieros relacionados con el paciente que puede ser necesario ahora en el futuro con el propósito de tratamiento, pago u operación profesional de la salud para ayudar, ayudar o facilitar la recolección de datos para fines de revisión de utilización, aseguramiento de la calidad o proceso de evaluación de los resultados médicos. Dicha información puede ser divulgada a las compañías de seguros, HMO y de PPO, organizaciones de atención administrada, Medicare/Medicaid u otros gubernamentales o terceros pagadores o cualquier organización contratante con cualquiera de las anteriores entidades desempeñar las funciones.

El aviso de privacidad proporcionada por Hebrón Pediatría proporciona una descripción completa de cómo mi Información Personal de salud puede utilizarse y divulgarse.

Usted tiene derecho a solicitar que esta oficina restringir el uso y la divulgación de su información médica, sin embargo, esta oficina no es necesario aceptar la restricción solicitada. El tratamiento en esta oficina está condicionado a firmar este consentimiento.

Firma del Padre/ Guardián legal /Garante: _____

Fecha: _____

HEBRON PEDIATRICS
Formulario de Registro del Paciente

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Phone: _____

Previous Doctor/Facility Name: _____

Phone: _____ Fax _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

I hereby authorize the release of the following records to:

Facility Name: Hebron Pediatrics Facility Phone: 972-695-9630 Fax: 972-694-0000

Facility Address: 2008 E Hebron Pkwy, Ste 120, Carrollton, TX 75007

The information requested is as follows:

- Immunization Records
- Other: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Parent/Guardian Name: _____

Date: _____