



Primero, imprima este formulario. Llénelo. Fírmelo. Traigalo a nuestra oficina.

Información del paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____ Dirección física _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de telefono _____
Correo electrónico _____
Lista de hermanos, nombres y edades _____
¿Cómo escuchó de nosotros? _____

Información del padre (tutor)

Nombre de la madre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____
Ocupación _____ Número de celular _____
(____) _____ Número de casa (____) _____ Nombre del empleador _____
Número de trabajo (____) _____ Ext. _____
Dirección del empleador _____

Nombre del padre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____
Ocupación _____ Número de celular _____
(____) _____ Número de casa (____) _____ Nombre del empleador _____
Número de trabajo (____) _____ Ext. _____
Dirección del empleador _____

Seguro Primario (Persona que tiene seguro)

Compañía de seguros _____ ID _____ # ó Nombre de grupo _____
Fecha de inicio de póliza _____ Cantidad de co-pago _____
Nombre del asegurado _____ Número de Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____ Número de licencia de conducir _____
Relación con el paciente _____

Seguro secundario (si el niño tiene cobertura de seguro múltiple)

Compañía de seguros _____ ID _____ # ó Nombre de grupo _____
Fecha de inicio de póliza _____ Cantidad de co-pago _____
Nombre del asegurado _____ Número de Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____ Número de licencia de conducir _____
Relación con el paciente _____

Asignación de Seguros y Liberación de Información

- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos de seguro.
- Autorizo la liberación del pago de beneficios médicos al proveedor de mi hijo.
- He recibido notificación de las prácticas de privacidad de esta organización.
- Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier deducible y cargos de coseguro, y cargos por servicios no cubiertos. A menos que sea miembro de una organización de seguros de que Ivy Pediatrics es un proveedor contratado, todos los cargos se deben en el momento en que se prestan los servicios.
- Autorizo a Ivy Pediatrics a llamarme a mis números decasa/celular/trabajo para fines de recolección.

de firma del garante

Fecha