



# REGISTRO

(Menor / Dependiente)

## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
Última En primer lugar Inicial

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal (Nombre y relación)? \_\_\_\_\_

¿Quién tiene el consentimiento para recibir atención médica en caso de emergencia, si no somos capaces de llegar a (nombre, parentesco, dirección y teléfono)? \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria de Nombre \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

## POLÍTICA DE PAGO

**NOTA:** Todos los copagos, coseguros, cargos no cubiertos y no satisfechas las cantidades deducibles se deben pagar en el momento of service. de servicio.

**YO PAGO:** El pago se espera en el momento del servicio. Por favor notifique a la recepcionista de la forma de pago. Aceptamos efectivo, cheques y todas las tarjetas de crédito.

### PADRE O TUTOR

### SEGURO

**EL NOMBRE DE LA MADRE** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**EL NOMBRE DEL PADRE** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Employer Name \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**CUSTODIA DE PADRES NO (Si procede)**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Employer Name \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**SEGURO DE PRIMARIA (Anunciado 1)**

Insurance Co Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**SEGURO DE SECUNDARIA (Anunciado 2)**

Insurance Co Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Edo, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene el derecho de solicitar que recibe las comunicaciones con respecto a su información protegida de salud en un forma y / o ubicación de su elección. Por favor, complete la información por debajo de la que nos ayude en el cumplimiento de su. Necesidades que desea ser contactado de la siguiente manera (marque lo que corresponda):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa _____                                   | <input type="checkbox"/> Oficio  |
| <input type="checkbox"/> ¿Se puede dejar mensaje detallado                           | <input type="checkbox"/> Aceptar para enviar a mi domicilio            |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> Aceptar para correo a mi dirección de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo _____                                  | <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____                      |
| <input type="checkbox"/> ¿Se puede dejar mensaje detallado                           | <input type="checkbox"/> Fax _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> Otros _____                                   |
|  | _____  |

## CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario autorizo a los médicos al doctor Landers, para proporcionar tratamiento médico y otros servicios que consideren necesarios. Entiendo que no hay garantías expresas o implícitas sobre los resultados de cualquier tratamiento médico en esta clínica.

Al firmar este formulario, yo reconozco que he leído y entendido la Notificación de prácticas de privacidad dado a mí en el momento de la inscripción inicial que proporciona información detallada acerca de mis derechos y cómo y bajo qué circunstancias la salud puede ser la información de mi protegida usada y divulgada. Entiendo que mi información de salud puede ser usada y divulgada de conformidad con el Aviso de prácticas de privacidad para que cualquier tratamiento y / o servicios que recibo en esta clínica pueden ser facturados y cobrados de mí, una compañía de seguros, y / u otros terceros.

Entiendo que soy financieramente responsable por el pago en su totalidad por los servicios prestados o no pagados por el seguro. Además, al firmar esta forma estoy de acuerdo para asignar directamente al Dr. Landers todos. Los beneficios del seguro, en su caso, que mi seguro pague por los servicios prestados. Yo certifico que la información que he proporciona en este formulario es completa y exacta.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**