

Center for Pediatric Medicine:

Data de hoje ____/____/____

Formulário de Registro do Paciente

• **Sobrenome (Paciente):** _____ Nome: _____ MI: _____

Sexo: _____ **Data de nascimento:** _____ **idioma primário (s):** _____

Endereço de cobrança: _____
(Endereço) (Cidade) (Estado & Zip)

Telefone principal #: _____ **Telefone Alternativo #:** _____

Etnia (círculo único): Hispânico ou Latino? Sim / Não / Recusar para resposta

Race (círculo tudo o que se aplicam): Am.Indian / Ásia / preto / Hawaiian ou Ilhas do Pacífico / Branco / Recusar para resposta

crianças adicionais:

Nome: _____ **DOB:** _____ **Sexo:** _____ **Nome:** _____ **DOB:** _____ **Sexo:** _____

Nome: _____ **DOB:** _____ **Sexo:** _____ **Nome:** _____ **DOB:** _____ **Sexo:** _____

• **Pai # 1:** **Sobrenome:** _____ **Nome:** _____ **Data de nascimento:** _____

Telefone principal: _____ **Telefone de Trabalho:** _____ **Mora w / paciente ?:** Sim / Não / Other

Empregador / Ocupação: _____ **Relação com o paciente:** _____

• **Pai # 2:** **Sobrenome:** _____ **Nome:** _____ **Data de nascimento:** _____

Telefone principal: _____ **Telefone de Trabalho:** _____ **Mora w / paciente ?:** Sim / Não / Other

Empregador / Ocupação: _____ **Relação com o paciente:** _____

Pais são: Casado Vivendo juntos separado Divorciado (Se divorciado, que é o poder paternal: # 1 # 2)

solteiro Viúva

(Parent não viver com o endereço do paciente: # 1 # 2) _____
(Endereço) (Cidade) (Estado & Zip)

• **seguro primário:** _____ **IDENTIDADE#** _____

nome completo do titular da apólice: _____ **Data de nascimento:** _____ **Grupo #:** _____

seguro secundário: _____ **ID #** _____

nome completo do titular da apólice: _____ **Data de nascimento:** _____

Grupo #: _____

• **contato de emergência (que não seja pai):** **Nome:** _____ **Telefone:** _____ **Relationship** _____

método de contato preferencial (Por favor, selecione uma opção abaixo)

questões médicas, lembretes de compromissos, e recorda: Telefone principal Telefone Alternativo Telefone de Trabalho
 de outros: _____

prestador de cuidados primários (Por favor selecione um fornecedor):

Ana Paula Machado, MD Joan Magner, MD Robert Golenbock, MD Claire Bailey, MD Poonam Bherwani, MD
 Dayna Nethercott, PA Lisa Boule, APRN Alpha Journal, PA Ashlee Mattutini, APRN

Por favor selecione um local principal: Danbury New Fairfield

Endereço de e-mail (Patient Portal): _____

endereço de e-mail (para acessar Paciente Portal): _____

**CENTRO DE pediatras da medicina, PC
política financeira**

Os médicos e funcionários do Centro de Pediatria Medicina são dedicados a fornecer-lhe cuidados de saúde de qualidade. Sua compreensão da nossa política financeira é uma parte importante de seus cuidados e tratamento. Por favor, leia a seguinte política financeira. Se você tiver alguma dúvida, sinta-se livre para discuti-los com a equipe em nosso Departamento de Cobrança, (203) 798-7661.

Seu seguro: Você, como o responsável pelo seu filho, deve fornecer nosso escritório com até informações de seguro data. Qualquer mudança em sua cobertura de seguro devem ser comunicados ao nosso escritório imediatamente.

O Center for Pediatric Medicine tem contratos com muitos planos de seguro. Para estes planos que irá recolher o seu co-pagamento no momento do seu compromisso agendado. Nosso departamento de cobrança irá apresentar o pedido para esses planos em seu nome. No caso seu plano de saúde determina serviços para ser "não cobertos", você será responsável pela carga completa. O pagamento será devido após o recebimento de uma declaração do nosso escritório.

Se você tem um plano de seguro que nós não participar, é nossa política que você paga para os serviços que você recebeu, na íntegra, no momento da sua nomeação. Nós iremos fornecer-lhe com a documentação necessária para que você possa apresentar o pedido a si mesmo e ser reembolsado pela companhia de seguros.

FRANQUIA: Se você tem uma franquia, HSA ou plano HRA, o pagamento é devido no momento do serviço prestado. O seu cartão de crédito / débito pode ser mantido em arquivo para sua conveniência. Se você não quiser manter o seu cartão no arquivo que irá recolher 65% da carga e cobrá-lo para o saldo remanescente após a companhia de seguros processa o pedido.

CONTAS vencidos: Nosso departamento de cobrança irá rever essas contas que não são pagos de forma responsável e oportuna. Estas contas podem ser encaminhados para uma agência de cobrança externa e poderia influenciar a sua classificação de crédito. Todas as cargas avaliadas por agências externas na recolha desta dívida deve ser de sua responsabilidade. Se você está tendo um problema manter sua conta up-to-date, entre em contato com o nosso escritório de cobrança, (203) 798-7661. Você pode fazer acordos com-nos a criar um plano de pagamento para manter sua conta corrente.

compromissos perdidos: A fim de proporcionar o melhor serviço possível e disponibilidade para todos os nossos pacientes, você será cobrada uma taxa de R \$ 50,00 por não chamar e cancelar um compromisso de 24 horas antes da hora programada.

cheques devolvidos: Uma taxa de US \$ 20,00 será adicionada à sua conta por qualquer cheque devolvido pelo banco por insuficiência de fundos.

FORMAS: A taxa é cobrada para cada formulário (escola, acampamento, e creche).

REGISTROS MÉDICOS

Concordo com a libertação de meus registros médicos a outros prestadores de serviços médicos somente, conforme necessário, para a integralidade do tratamento do meu filho. Divulgação de dados médica inclui a divulgação de informações médicas obtidas a partir de outros profissionais da saúde, de acordo com os seus desejos. Autorizo Center for Pediatric Medicine libertar a minha companhia de seguros qualquer informação adquirida no decorrer do meu exame e tratamento.

O pai citados acima ou tutor será autorizado a concordar com todos os tratamentos médicos e / ou procedimentos médicos (incluindo imunizações, testes de diagnóstico, etc.), para que a criança mencionada acima. Este consentimento serve como permissão para o tratamento pelos médicos do Centro para Pediatric Medicine. Nota: Consentimentos não são necessários em situações de emergência. Concordo em pagar por todos os serviços prestados ao meu filho na minha ausência.

Eu li e compreender a política financeira do Centro de Pediatria Medicina e concordo em ficar vinculado a seus termos. Eu também entende e concorda que tais termos permanecerá em vigor durante a vigência do meu relacionamento com o Centro de Pediatria Medicina e que tais termos podem ser alterados de tempos a tempos pela prática.

Assinatura do paciente ou responsável

Encontro

endereço de e-mail (para acessar Paciente Portal): _____