

Formulario de Registro de Pacientes

• **Apellido (paciente):** _____ **Nombre:** _____ **MI:** _____

Sexo: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **idioma (s) primaria:** _____

Dirección de Envío: _____
(Dirección) (Código postal)

Teléfono Principal #: _____ **Teléfono alternativo #:** _____

Etnicidad (círculo sólo una): ¿Hispano o latino? Sí / No / no contestar

Raza (marque todo lo que corresponda): Am.Indian / Asia / Negro / De las Islas del Pacífico / Blanco / no contestar

Los niños adicionales:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____ **Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____ **Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____

• **Padre # 1:** Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono Principal: _____ **Teléfono del trabajo:** _____ **Vive w / paciente ?:** Sí / No / Otros

Empleador / Ocupación: _____ **Relación con el paciente:** _____

• **Padre # 2:** Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono Principal: _____ **Teléfono del trabajo:** _____ **Vive w / paciente ?:** Sí / No / Otros

Empleador / Ocupación: _____ **Relación con el paciente:** _____

Padres son: Casado Viviendo juntos Apartado Divorciado (En caso de divorcio, que es el padre con custodia: # 1 # 2)

Soltero Viudo

(Padre que no vive con la dirección del paciente: # 1 # 2) _____

_____ (Dirección) (Código postal)

• **seguro primario:** _____ **CARNÉ DE IDENTIDAD#** _____

el nombre completo del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
_____ **Grupo #:** _____

seguro secundario: _____ **ID #** _____

el nombre completo del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
_____ **Grupo #:** _____

dirección de correo electrónico (para el acceso al portal del paciente):

- **Contacto de emergencia (aparte de los padres):** Nombre: _____ Teléfono #: _____ Relationship _____

método de contacto preferido (Por favor, seleccione una opción a continuación)

cuestiones médicas, recordatorios de citas, y recuerda: Teléfono Principal *Teléfono alternativo* *Teléfono del trabajo*
otro: _____

médico de cabecera (Por favor, seleccione un proveedor):

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, seleccione una ubicación primaria: Danbury New Fairfield

CENTRO DE pediátricos de la medicina, PC
Política financiera

Los médicos y el personal del Centro de Medicina Pediátrica están dedicados a brindarle atención médica de calidad. Su comprensión de nuestra política financiera es una parte importante de su cuidado y tratamiento. Por favor lea la siguiente política financiera. Si tienes alguna pregunta, no dude en hablar con el personal de nuestro Departamento de Facturación al (203) 798-7661.

SU SEGURO: Usted, como la parte responsable de su hijo, debe proporcionar a nuestra oficina con hasta la fecha la información del seguro. Cualquier cambio en su cobertura de seguro debe ser reportado a nuestra oficina inmediatamente.

El Centro de Medicina Pediátrica tiene contratos con muchos planes de seguro. Para estos planes vamos a recoger el co-pago en el momento de su cita programada. Nuestro departamento de facturación presentará la solicitud de estos planes en su nombre. En el caso de que su plan de salud determina los servicios a ser "no cubierto", usted será responsable de la carga completa. El pago será debido a la recepción de una declaración de nuestra oficina.

Si usted tiene un plan de seguro que no participamos en, nuestra política es que se paga por los servicios que recibió, en su totalidad, en el momento de su cita. Nosotros le proporcionaremos con los trámites necesarios para que pueda someter la reclamación a sí mismo y ser reembolsado por su compañía de seguros.

DEDUCIBLE: Si usted tiene un deducible, HSA o plan de HRA, el pago se debe en el momento del servicio. Su tarjeta de débito / crédito puede ser mantenido en el archivo para su conveniencia. Si no desea mantener su tarjeta en el archivo vamos a recoger el 65% de la carga y la factura por el saldo restante después de que la compañía de seguros procesa la reclamación.

Las cuentas atrasadas: Nuestro departamento de facturación revisará esas cuentas que no se pagan de manera responsable y oportuna. Estas cuentas pueden ser referidos a una agencia de colección exterior y podrían influir en su calificación de crédito. Cualquier cargo evaluados por agencias externas en la recopilación de esta deuda se convertirá en su responsabilidad. Si usted está teniendo un problema de mantenimiento de su cuenta hasta a la fecha, póngase en contacto con nuestra Oficina de Facturación al (203) 798 a 7.661. Puede hacer arreglos con nosotros para establecer un plan de pagos para mantener su cuenta al día.

Las citas perdidas: Con el fin de proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad de todos nuestros pacientes, se le cobrará una cuota de \$ 50.00 para no llamar y cancelar una cita 24 horas antes de la hora programada.

CHEQUES DEVUELTOS: Un cargo de \$ 20.00 será añadido a su cuenta por cualquier cheque devuelto por el banco por falta de fondos.

FORMAS: Se cobra una tarifa para cada forma (la escuela, el campamento, y guardería).

REGISTROS MÉDICOS

Doy mi consentimiento para la liberación de mis registros médicos de otros proveedores de servicios médicos solamente, según sea necesario, por la totalidad del tratamiento de mi hijo. Liberación de información médica incluye la revelación de la información médica obtenida de otros profesionales de la salud, de acuerdo con sus deseos. Por la presente autorizo Centro de Medicina Pediátrica para liberar a mi compañía de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento.

El padre o tutor nombrado arriba estarán autorizados a dar su consentimiento para el tratamiento médico y / o procedimientos médicos (incluyendo inmunizaciones, pruebas diagnósticas, etc.), para el niño mencionado anteriormente. Este consentimiento sirve como permiso para recibir tratamiento por los médicos de Centro de Medicina Pediátrica. Nota: Los consentimientos no son necesarios en situaciones de emergencia. Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios proporcionados a mi hijo en mi ausencia.

He leído y entendido la política financiera del Centro de Medicina Pediátrica y estoy de acuerdo en obligarse por sus términos. También entiendo y acepto que tales términos se mantendrá en vigor durante la duración de mi relación con el Centro de Medicina Pediátrica y que tales términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

dirección de correo electrónico (para el acceso al portal del paciente):

Firma del paciente o la persona responsable

Fecha