

REGISTRACION DEL PACIENTE

PEDIATRA PREFERIDO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> WESLEY ROBERTSON, MD, JD, FAAP | <input type="checkbox"/> HELEN YANG, MD, FAAP |
| <input type="checkbox"/> LAURA WEIDENFELD, MD, FAAP | <input type="checkbox"/> JACK JU, MD |
| <input type="checkbox"/> TRESA CHAKKALAKKAL, MD, FAAP | <input type="checkbox"/> AMBER HULL, DO, FAAP |

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO		NOMBRE		IN. SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO M F	
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO #			NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO #		
ETNICIDAD					
<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN	<input type="checkbox"/> ASIAN	<input type="checkbox"/> NO DESEO CONTESTAR			
<input type="checkbox"/> AFRICAN AMERICAN	<input type="checkbox"/> PACIFIC ISLANDER	<input type="checkbox"/> OTRO			
<input type="checkbox"/> CAUCASIAN	<input type="checkbox"/> HISPANIC/LATINO				

INFORMACION DEL PADRE / MADRE / GUARDIAN LEGAL

APELLIDO		NOMBRE		IN. SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCION (SI IGUAL QUE PACIENTE, ESCRIBE IGUAL)		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
RELACION CON EL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		SEGURO SOCIAL #	
EMPLEADOR			ESTADO CIVIL		
NUMERO CELULAR		NUMERO DEL HOGAR		NUMERO DEL TRABAJO	
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		PORFAVOR MARQUE EL MEJOR # PARA CONTACTARLO			
		CELULAR	HOGAR	TRABAJO	

INFORMACION DEL PADRE / MADRE / GUARDIAN LEGAL

APELLIDO		NOMBRE		IN. SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCION (SI IGUAL QUE PACIENTE, ESCRIBE IGUAL)		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
RELACION CON EL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		SEGURO SOCIAL #	
EMPLEADOR			ESTADO CIVIL		
NUMERO DE CELULAR		NUMERO DEL HOGAR		NUMERO DEL TRABAJO	
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		PORFAVOR MARQUE EK MEJOR # PARA CONTACTARLO			
		CELULAR	HOGAR	TRABAJO	

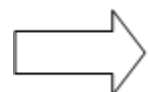
INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL DUENO DEL SEGURO		RELACION CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL #	
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO		NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO	
DIRECCION DEL SEGURO MEDICO		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL

***No mandamos cargos a seguros medicos secundarios comerciales,**

SOLO del estado (por ejemplo, Medicaid, Tricare, CHAMPVA)*

POR FAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRAS



INFORMACION DE LOS HERMANOS/HERMANAS (SI SON MENOR DE 21 AÑOS)

HERMANO/A #1	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
HERMANO/A #2	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
HERMANO/A #3	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

CONTACTO DE EMERGENCIA (OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PADRE/MADRE)

NOMBRE DEL CONTACTO #1	TELEFONO	RELACION CON EL PACIENTE
NOMBRE DEL CONTACTO #2	TELEFONO	RELACION CON EL PACIENTE

INFORMACION DE LA FARMACIA

NOMBRE DE LA FARMACIA		NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
CALLES PRINCIPALES DONDE ESTA UBICADA SU FARMACIA			

REGLAS DE LA CLINICA

USTED ES RESPONSABLE FINANCIERAMENTE POR CUALQUIERA DE ESTOS CARGOS, CON/SIN SEGURO

INICIALES	DESCRIPCION
	Usted acepta pagar el costo inicial de la visita antes de ver al doctor dependiendo de su seguro medico & el costo del deducible al final de su visita.
	Si Sunshine Valley no puede verificar su cobertura medica en el momento de la visita o si no proporciona los documentos necesarios para verificar su seguro medico, usted acepta pagar el monto completo antes/despues de la visita en efectivo/tarjeta de debito/credito.
	Si cualquier cargo que no haya sido cubierto por usted, bajo su responsabilidad, es sometido a una agencia de colecciones, acepta pagar todos los cargos, sin limitar a los cargos de la agencia de colecciones y el balance de la cuenta completa.
	Si falta a su cita y no cancela 24 horas antes de la hora de la cita a Sunshine Valley Pediatrics, usted acepta pagar el costo de \$35.00.
	Acepta pagar el cargo de \$25.00, en adiccion a cualquier otro cargo, si el cheque que utilizo como forma de pago es devuelto a nuestra institucion por su banco.
	Aunque su cita sea en una hora determinada, no es una garantia que el doctor y las enfermeras lo llamen a una hora exacta. Sunshine Valley Pediatrics hace el esfuerzo de ver a todos los pacientes a tiempo, por alto volumen de pacientes o emergencias inesperadas fuera de nuestro control, acepto no usar en contra a Sunshine Valley Pediatrics por cualquier inconveniente de tiempo personal perdido.
	Acepto que Sunshine Valley Pediatrics no manda cargos a su seguro medico secundario.
	Si su seguro medico no cubre el costo de su visita 90 dias despues de su cita, Usted sera responsable por todos los cargos que fueron informados al final de su cita, sin importar las instrucciones de su seguro medico.
	Como padre del paciente, entiendo que es mi responsabilidad atender a todas las citas dadas las intruccion por doctor/ Acepto la responsabilidad absoluta de hacer una cita por seguimiento medico aunque no haya sido informado por el doctor.
	Como padre del paciente acepto atender a todas las citas con los especialistas referidos. Acepto toda responsabilidad de las concecuencias de no ir a la cita con el especialista.
	Acepto y entiendo que cualquier dano a la clinica Sunshine Valley Pediatrics, incluyendo equipos, sala de espera etc, cometidos por usted o su hijo/a seran su responsabilidad financiera, y pueden ser consecuencia de la finalizacion completa de nuestra oficina.

POR FAVOR FIRME PARA INDICAR QUE HA ENTENDIDO Y ACEPTADO NUESTRAS POLIZAS.



PERSONA RESPONSABLE (FIRMA) PERSONA RESPONSABLE (NOMBRE) FECHA