

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ **M / F** **Fecha de Nacimiento** _____
(Apellido, Nombre, Inicial)

Seguro Social # _____ Teléfono Casa # _____
Teléfono Celular # _____ Otro Telefono # _____
Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA (Padres / Guardián Legal)

Nombre de la Madre: _____ Seguro Social # _____
Licencia de Conducir # _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____

Empleado por: _____
Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Padre: _____ Seguro Social # _____
Licencia de Conducir # _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____

Empleado por: _____
Teléfono del Trabajo: _____

Guardián Legal: _____ Seguro Social # _____
Licencia de Conducir # _____
Fecha de Nacimiento _____ Relación _____
Dirección _____

Empleado por: _____
Teléfono del Trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

(Favor de proveer nombre de familiar o amigo que no resida en la misma dirección, para uso en caso de emergencia)

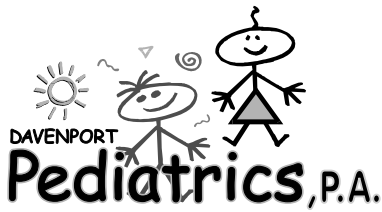
Nombre _____ Relación _____
Dirección _____

Teléfono Día _____ Teléfono Alterno _____

Certifico que la información suministrada es correcta y actualizada. Autorizo a DAVENPORT PEDIATRICS, PA, sus médicos personal de apoyo a proveer cuidado médico al paciente arriba mencionado.

FIRMA _____ **FECHA** _____
Padres / Guardián Legal del Paciente

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (Padres / Guardián Legal) _____



NOMBRE DEL PACIENTE _____

Fecha de Nacimiento _____

INFORMACION DE SEGUROS

SEGURO PRIMARIO _____ Teléfono # _____
Dirección de la Co. de Seguros _____

Número ID de la Póliza # _____ Grupo # _____
Nombre del Asegurado Principal _____ Relación _____
Seguro Social # _____ Fecha Nacimiento Asegurado Principal _____

SEGURO SECUNDARIO _____ Teléfono # _____
Dirección de la Co. de Seguros _____

Número ID de la Póliza # _____ Grupo # _____
Nombre del Asegurado Principal _____ Relación _____
Seguro Social # _____ Fecha Nacimiento Asegurado Principal _____

Favor de mencionar aquellos hermanos (as) del Paciente y sus fechas de nacimiento de estar cubiertos bajo la misma Póliza de Seguro:

Yo, _____ entiendo que si por alguna razón la compañía de seguros no paga
(Padres / Guardián Legal)

dentro de un periodo de noventa (90) días a partir de la fecha de los servicios prestados a

_____, el abajo firmante es responsable del pago total de la porción de los
(Nombre del Paciente)

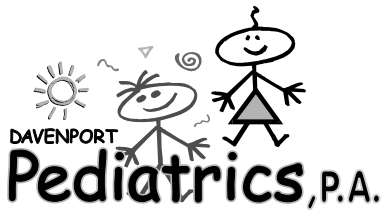
cargos no pagados y pendientes en la cuenta.

- (1) Somos un Proveedor fuera de su red. No participamos con su compañía de seguro.
- (2) Reclamo rechazado. No había cobertura al momento del servicio.
- (3) No somos los médicos de cuidado primario asignados al paciente o para el seguro.
- (4) Procedimiento / Laboratorios no son servicios cubiertos.
- (5) Procedimiento / Laboratorio / Físicos, etc. no son beneficios cubiertos.
- (6) Compañía de Seguros está a la espera de la información solicitada a los padres / guardián legal del paciente.
- (7) Su compañía de seguro ha generado pagos y el balance (saldo) pendiente es su responsabilidad.
- (8) Sólo cubre gastos de hospital.

Pueden existir innumerables razones por las cuales su compañía de seguros puede rechazar una de sus reclamaciones. Si existe dudas o preguntas sobre la decisión(es) de la aseguradora, usted debe comunicarse con su compañía de seguros inmediatamente.

Consumo cuidado he leído y entendido las responsabilidades del paciente arriba mencionadas y estoy de acuerdo en cumplir con los términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que dichos términos pueden ser enmendados por DAVENPORT PEDIATRICS, PA al pasar del tiempo.

FIRMA _____ FECHA _____
(Padres / Guardián Legal / Garantizador de la Cuenta)



NOMBRE DEL PACIENTE _____ Fecha de Nacimiento _____

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA

Autorizo a la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones del seguro por servicios prestados por DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. Certifico que la información provista es correcta. Autorizo y asigno los pagos de los beneficios médicos por servicios prestados a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que la misma sea revocada, por escrito, por mí. Una fotocopia de este formato se considerará valido y en efecto tal y como el original.

_____ INICIALES

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD

Autorizo el pago de los beneficios médicos aplicables a los servicios mencionados en la solicitud de reclamación a DAVENPORT PEDIATRICS , P.A.

_____ INICIALES

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Este consentimiento es válido durante todo el término de mi asociación con DAVENPORT PEDIATRICS, P.A., que usará el mismo, a menos y hasta que sea revocado por escrito, ya sea por el paciente o aquellos legalmente responsables por el paciente. Voluntariamente consiento a los procedimientos diagnósticos que el médico a cargo considere necesarios acorde a su juicio, ya que entiendo que el paciente está sufriendo de una condición que requiere tratamiento médico. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de los exámenes y tratamientos en el hospital o la oficina.

_____ INICIALES

GARANTIA DE LA CUENTA

Le autorizo / Le autorizamos a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. a proveer dicha información que puede ser requerida por el estado o agencias federal o por mi compañía aseguradora, para y en consideración a los servicios prestados al paciente. Yo / Nosotros, los abajo firmantes, juntos o por separados, prometemos pagarle a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. el monto total de los cargos de dichos servicios, al momento, o en la fecha futura determinada por DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. Yo / Nosotros entendemos que la cuenta vence y es pagada en su totalidad en o antes de dicha fecha. Reconozco que cargos por intereses o una cuota, a la tarifa actual del proveedor, podrían ser añadidos a todos los balances pendientes de pago que estén atrasados. En el evento de la falta de pago, estoy de acuerdo en pagar los costos y honorarios razonables de un abogado. Las citas canceladas o faltadas, en el plazo de 24 horas estarán conforme a un honorario de servicio \$25.00.

_____ INICIALES

ACUERDO QUE RECIBI LA NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS DE INFORMACION

Por este medio reconozco que se me ha provisto una copia de la Notificación de Prácticas Privadas de Información de **Davenport Pediatrics, P.A.** Entiendo que debo retener y conservar la copia de dicha Notificación.

FIRMA _____ FECHA _____
Padres / Guardián Legal del Paciente

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (Padres / Guardián Legal) _____