

Pediatric Surgeons of West Michigan, P.C.

Robert H. Connors, M.D. | Marc G. Schlatter, M.D. | Neal D. Uitvlugt, M.D. | James M. DeCou, M.D. | Emily T. Durkin, M.D. | John G. Schneider, M.D. | Daniel J. Watkins, M.D.

SU HIJO/A

Nombre legal completo _____

Sobrenombre _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Número de seguro social de(l) niño/la niña _____

Domicilio particular _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

¿Con quién vive el niño/la niña? _____

Número de teléfono principal _____

MADRE o _____ Tutora legal _____ Madrastra

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Casa Domicilio (si es diferente) _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ FDN _____

Número de teléfono en casa _____

Número de teléfono en el trabajo _____

Número de teléfono celular _____

Empleador _____

PADRE o _____ Tutor legal _____ Padrasto

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Casa Domicilio (si es diferente) _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ FDN _____

Número de teléfono en casa _____

Número de teléfono en el trabajo _____

Número de teléfono celular _____

Empleador _____

ACUERDOS FINANCIEROS

Todos los copagos son debidos en el momento del servicio

Para su conveniencia, ofrecemos los siguientes métodos de pago.

Por favor, marque la opción que prefiera:

Efectivo Cheque personal Tarjeta de crédito

Deseo conversar acerca de la política de pago del consultorio

PEDIATRO O MÉDICO DE FAMILIA

Nombre _____ MD o DO

Nombre de(1) consultorio/la clínica _____

Ciudad _____ Número de teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sean los padres)

Nombre(s) _____

Parentesco con el/la paciente _____

Número de teléfono en casa _____

Número de teléfono en su celular _____

COBERTURA DE SEGURO

Nombre del seguro principal _____

Nombre completo del titular _____

Parentesco con el/la paciente _____

Número de SS del titular _____ Fecha de nacimiento _____

Entréguenos su tarjeta para hacer una copia.

Nombre del seguro secundario: _____

Nombre completo del titular _____

Parentesco con el/la paciente _____

Número de SS del titular _____ Fecha de nacimiento _____

Entréguenos su tarjeta para hacer una copia.

Información adicional de seguro relativa a su hijo/a _____

¿Es usted el/la tutor(a) legal de(l)/la paciente? Sí No

Si respondió no, ¿tiene una autorización escrita de(l)/la tutor(a) que nos permita examinar y/o tratar a(l)/la paciente? _____

¿Usted habla inglés? Sí No

Si respondió no, ¿qué idioma habla? _____

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN, ACUERDO DE PAGO (Por favor, lea lo siguiente y firme abajo)

Todos los servicios profesionales proporcionados al paciente le serán facturados al responsable (padre o madre) anteriormente indicado. Se completarán los formularios necesarios para ayudar a acelerar los pagos de la compañía aseguradora; no obstante, el padre/la madre tiene la responsabilidad de efectuar el pago de todo honorario, independientemente de la cobertura del seguro. Si el/la paciente tiene Medicaid y estos servicios no son un beneficio cubierto o si el/la paciente no cuenta con cobertura el día del servicio, el pago será su responsabilidad. Es costumbre pagar por los servicios al momento de ser proporcionados, a menos que se haya llegado a otro acuerdo por anticipado. Por medio de mi firma, yo autorizo a *Pediatric Surgeons of West Michigan, P.C.* a suministrar y/o recibir información a y de cualquier médico que haya derivado a(l)/la paciente, cualquier instalación o compañía aseguradora pertinente, en relación con la enfermedad y/o el tratamiento (de)l/la paciente. Por la presente adjudico al médico todo pago por servicios médicos proporcionados a(l)/la paciente. Yo comprendo que tengo la responsabilidad por todo monto no cubierto por el seguro.

FECHA: _____ FIRMA _____

**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN
DE NUESTRAS NORMAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar a continuación, yo admito que he recibido una copia del formulario de notificación de las normas de privacidad de este consultorio.

Firma de(l) padre o la madre / el/la tutor(a)

Fecha

Constancia de imposibilidad de obtener un acuse de recibo firmado

El día _____, 20____, _____ presentó este acuse de recibo del formulario de notificación de nuestras normas de privacidad a _____ (el/la "paciente"). El/la paciente se negó a proporcionar la firma al solicitárselo.