



2021 Registro/Coordinacion De Beneficios

A. Informacion del paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Hermanos/as: _____

Correo electronico: (necesario) _____ Direccion fisica: _____ # _____

Ciudad _____ Codigo Postal: _____ Farmacia: _____

Madre: Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Celular #: _____ Trabajo #: _____

Madrastra: Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Celular #: _____ Trabajo #: _____

Padre: Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Celular #: _____ Trabajo #: _____

Padrastra: Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Celular #: _____ Trabajo #: _____

B. Seguro Principal

Compania de seguros primaria: _____ Fecha de inicio de la poliza _____

Numero de identificacion del seguro#: _____ Num de grupo #: _____

Nombre de titular de la poliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social _____ Nombre de la empleadora _____

Relacion del miembro del otro seguro con el nino: Padre o madre Padrastra o madrastra Abuelo/a guardian

Otra: _____

C. Coordinacion de Beneficios

La paciente tiene otro seguro? Si, escriba el seguro secundario a continuacion No, pasar a la seccion D

Compania de seguros secundaria: _____ Fecha de inicio de la poliza _____

Numero de identificacion del seguro#: _____ Num de grupo #: _____

Nombre de titular de la poliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social _____ Nombre de la empleadora _____

Relacion del miembro del otro seguro con el niño: Padre o madre Padrastro o madrastra Abuelo/a guardian
 Otra: _____

El niño reside con: Padre o madre Padrastro o madrastra Abuelo/a guardian Otra: _____

Existe de la parte responsable designada en la sentencia? Si No

D. Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Comunicaciones:

Le gustaria recibir recordatorios por correo electronico mensajes de texto y llamadas telefonicas con recordatorios de citas e informacion importante, como resultados el laboratorio?: Si No

Grupo etnico: ___Hispano/a ___No-Hispano/a

Raza: India americana o nativa de alaska Asiatico Afroamericano Hawaiano nativo/otro isleno pacifico

Blanco Lenguaje primario: Ingles Espanol Otra: _____

Hospital de nacimiento _____ Nombre de la obstetra: _____

Nombres de cualquier medico especialista que haya visto su hijo:

Consentimiento para el tratamiento/Pago/Asignacion de beneficios/HIPAA

•Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos en los que pueda incurrir mi hijo.

- Seguro: Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar las reclamaciones. Autorizo el pago de servicios medicos a Crossroads Pediatrics. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los copagos, deducibles o coseguros en el momento del servicio.

•Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico porque (a) soy el paciente o (b) soy el padre / tutor

del paciente con autoridad para tomar decisiones médicas _____ (Inicial)

•Autorizo y doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico que los proveedores de Crossroads Pediatrics y sus asociados o asistentes designados creen que son necesarios. También doy mi consentimiento para la toma de fotografías o películas relacionadas con el cuidado y tratamiento del paciente y comprende que dichas fotografías o películas pueden formar parte del registro médico. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras, asistentes médicos y otros proveedores de atención médica en este consultorio médico para brindar tratamiento mientras exista una relación médico / paciente, o hasta que retire mi Consentimiento _____ (inicial)

• Compartir registros para tratamiento: compartimos registros médicos con otros proveedores de atención médica, como especialistas, para permitir y promover la continuidad de la atención entre los proveedores _____ (Inicial)

Estoy de acuerdo con las declaraciones y los documentos adjuntos en las "Políticas de la oficina". He recibido o se ha dado la oportunidad de recibir una copia del "aviso de las practicas de privacidad de la HIPAA para Crossroads Pediatrics.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Relacion con el niño: _____