



Información del Paciente:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Sexo: M/F Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Etnia: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Telefono: _____

Persona Responsable del Paciente: Relación al Paciente: Madre Padre Otro: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Sexo: M/F Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Manera Preferida para Recibir Recordatorios de Citas: llamada a casa llamada a celular texto email

2° Persona Responsable del Paciente: Relación al Paciente: Madre Padre Otro: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Sexo: M/F Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Manera Preferida para Recibir Recordatorios de Citas: llamada a casa llamada a celular texto email

Información Sobre el Seguro Principal: Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Numero de Identificación de la Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Información del Asegurado: Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Sexo: M/F Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Relación al Paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Método de Contacto: llamar a casa llamar al celular llamar al trabajo

Información Sobre el Seguro Secundario: Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Numero de Identificación de la Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Información del Asegurado: Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Sexo: M/F Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Relación al Paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Método de Contacto: llamar a casa llamar al celular llamar al trabajo



Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Casa: _____ Celular: _____

Relación al Paciente: _____ Comentario: _____

Información de Hermano/Hermanas/Pacientes Adicionales

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

¿Como se enteró de Gold Pediatrics LLC? _____

Asignación de Beneficios/Seguro/Responsabilidad Financiera

Entiendo que es mi responsabilidad conocer mi seguro y los beneficios cubiertos por mi seguro. También es mi responsabilidad proporcionar un seguro actual/válido en cada visita. Cualquier divulgación de los cambios a mi seguro como la terminación, el cambio en el orden de la cobertura del seguro (primario y secundario), la Asignación de Beneficios/seguro/responsabilidad financiera, adición del seguro secundario, etc. son mi responsabilidad. Entiendo que soy financieramente responsable a Gold Pediatrics LLC por cualquier y todos los cargos asociados con los servicios prestados por Gold Pediatrics LLC. Esto es cierto ya sea a través de un acuerdo de pago por cuenta propia o la asignación de los beneficios médicos aplicables en virtud del cual soy un beneficiario cubierto. Gold Pediatrics LLC verifica los beneficios del seguro, sin embargo, la cobertura exacta / beneficios no se puede determinar hasta que el reclamo de seguros es recibida y revisada por mi compañía de seguros. Cualquier verificación de beneficios hecha por Gold Pediatrics es un beneficio cotizado por mi compañía de seguros. Entiendo que esto no es una garantía de pago de una compañía de seguros, y todos los beneficios están sujetos a las condiciones y limitaciones de mi plan y están sujetos a cambios. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por una asignación de beneficios, o de los cargos que la compañía de seguros se niega a pagar.

Póliza de Cancelación/No presentar:

Si usted no puede hacer una cita, por favor llame a la oficina para notificarnos inmediatamente para que podamos darle esta hora a otro paciente. El no hacerlo podría resultar en un cargo de \$50 para visitas de bienestar o \$25 para visitas de enfermedad. Las citas continuas o múltiples que no se presentan pueden resultar en el despido de la práctica.

Costo de Cuestionario: Sera \$10.00 cuestionario escolar/guardería infantil efectivo 1/2/23.

Firma Requerida

El abajo firmante reconoce haber leído y comprendido las condiciones anteriores.

Nombre Impreso del Padre/Responsable/Garante

Firma del Padre/Responsable/Garante

Fecha