The CHILDREN'S HEALTH PLACE

Office use only

Staff Initials: _____

Patient MRN : _____

Date : _____

DATOS DE FACTURACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Sexo ◯ Masculino ◯ Feminino

INFORAMCIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN

PRIMERO PADRE O GUARDIÁN

Nombre _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ SS #: _____

Correo electrónico _____ Número de teléfono _____

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SEGUNDO PADRE O GUARDIÁN

Nombre _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ SS #: _____

Correo electrónico _____ Número de teléfono _____

Igual que primer Padre ◯

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor, incluya una persona que no sea un padre o guardián

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE HERMANOS

Por favor indique los hermanos que también se convertirán en pacientes en The Children's Health Place

Nombre/Edad/Sexo: _____

Nombre/Edad/Sexo: _____

Nombre/Edad/Sexo: _____

AUTORIZACIÓN DE PADRES

- *Por la presente autorizo el pago beneficios de seguro directamente a la clínica The Children's Health Place. Entiendo que soy financieramente respsonsible de cualquier cargo no cubierto bajo mi póliza de seguro. Yo estoy de aceudo en pagar todos los cortos relacionados con las colecciones, que incluyen los costos de los honorarios, de abogado, de la corte, y agencia de colecciones, si ésta cuenta se vuelve a las colecciones.*
- *Autorización para Divulgar Información: por la presente autorizo a la clínica The Children's Health Place. A compartir cualquier información adquirida en el curso de examen o tratamiento a mi compañía de seguros.*
- *Autorización para ser tratado: Yo doy mi consentimiento para el examen, diagnóstico y tratamiento de menor(es)*

_____ _____

Firma Fecha