

CONFIDENCIAL-INFORMACION DEL PACIENTE/FORMA DE CONCENTIMIENTO

Nombre del Paciente _____ Sobrenombre _____

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Telefono de Casa _____

Direccion _____ Ciudad _____ Codigo _____

El Nino vive con Madre Padre ambos tutor legal

Nombre de la Madre _____ número de celular _____ Correo electrónico _____

Nombre del Padre _____ número de celular _____ Correo electrónico _____

Partido Responsable _____ Relacion _____

Direccion _____ Ciudad _____ Codigo _____

Informacion dela aseguranza No tiene aseguranza el paciente

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____

Nombre del Empleo del asegurado _____

Direccion _____

Nombre de aseguranza _____ Direccion _____

Numero de la poliza de aseguranza _____ Numero del Grupo _____

Aseguranza adicional _____

CONCENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Autorizacion de tratamiento para mi hijo/a. Tratamiento de emergencia en el evento que mi hijo/a sea traído por otra persona que no sea yo. _____ Iniciales

AUTORIZACION Y EXONERACION:

Asimismo, reconozco que he recibido una copia del Aviso De Privacidad. Ademas asimismo que una copia de este Aviso a sido proporcionada/disponible en la sala de recepcion. Tambien entiendo que una copia de este Aviso sera proporcionada en cada cita. _____ Iniciales

Yo autoriza a Pediatric Partners a conseguir acceso a la historia de medicina, sin limitación o exclusión, como es requerido y/o razonablemente conveniente revelar, procesar, recuperar, transmitir, y para ver la medicina del paciente. _____ Iniciales

Yo autorizo y solicito que mi aseguranza page directamente los beneficios a mi medico. Yo comprendo que mi aseguranza medica puede pagar menos de los servicios proporcionados. Yo estoy de acuerdo en ser el responsable del pago de todos los servicios ejecutados a mi depende. _____ Iniciales

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

(una persona que no sean los padres)

(esta no es una Autorización para tratar al paciente– forma adicional sera completa)

Nombre _____ Relacion _____

Direccion _____ Telefono _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Relacion _____

NOTICIA A CONSUMIDORES

Médicos con licencia son regulados por el Consejo de médicos de California.

(800) 633-2322 www.mbc.ca.gov