

Please Use Gel Pen or Other Dark (Black) Pen to Complete

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Género al Nacer _____ Se Identifica Como _____ Pronombres Preferidos _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Médico Preferido _____

Raza _____ Etnicidad: Hispano No Hispano Idioma Preferido: _____

POR FAVOR INDIQUE TODOS LOS NIÑOS EN EL HOGAR MENORES DE 18 AÑOS

1. Nombre Completo del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Hermano Biológico? (S/N)

2. Nombre Completo del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Hermano Biológico? (S/N)

3. Nombre Completo del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Hermano Biológico? (S/N)

INFORMACIÓN FAMILIAR

Padre/Guardián (marque uno)

Nombre _____

Dirección de envío _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Número de Seguro Social ____/____/____

Relación Con los Padres _____

(Biológico/Padrastro/Otro)

Custodia ___ Compartida ___ Exclusivo ___

Estado Civil _____

Teléfono de Casa _____ Cell _____

Correo Electrónico _____

¿Método de Contacto Preferido?

___ Teléfono ___ Texto ___ Correo Electrónico

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Al marcar esta casilla, acepto que se pueda dejar información de mi hijo en el correo de voz.

Padre/Guardián (marque uno)

Nombre _____

Dirección de envío _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Número de Seguro Social ____/____/____

Relación Con los Padres _____

(Biológico/Padrastro/Otro)

Custodia ___ Compartida ___ Exclusivo ___

Estado Civil _____

Teléfono de Casa _____ Cell _____

Correo Electrónico _____

¿Método de Contacto Preferido?

___ Teléfono ___ Texto ___ Correo Electrónico

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Al marcar esta casilla, acepto que se pueda dejar información de mi hijo en el correo de voz.

INDIVIDUOS AUTORIZADOS

Enumere todas las personas, *además de los padres/guardiánes*, que pueden programar citas y qué tipo de información puede recibir cada persona (es decir, abuelos, niñera, vecino).

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

- Médico
- Facturación
- Cita

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

- Médico
- Facturación
- Cita

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de Póliza _____ Titular de la Póliza _____

Empleador _____ Número de Grupo _____

Autorización Para dar Consentimiento al Tratamiento Sanitario de un Menor

Al firmar esta declaración, autorizo a los médicos y al personal de Asheville Pediatric Associates, PA a brindar los servicios de salud necesarios para mi hijo, incluso si yo no estoy presente. Además, se proporcionará a Asheville Pediatrics el nombre, la relación con el paciente y el número de teléfono de todas las personas que puedan programar citas, llamar para pedir consejo médico o llevar a mi hijo al consultorio para recibir tratamiento. Si alguien que no sea estas personas se comunica con Asheville Pediatrics en relación con mi hijo o en caso de una emergencia médica, la práctica intentará comunicarse con el padre/guardián para obtener permiso para tratarlo. Autorizo a Asheville Pediatric Associates, PA a divulgar los registros médicos de mi hijo a cualquier parte involucrada en su tratamiento.

Póliza Financiera

Por la presente autorizo a Asheville Pediatric Associates, PA, a compartir la información médica de mi hijo con su compañía de seguros con respecto a su enfermedad y tratamiento. Acepto presentar la tarjeta de identificación del seguro actual de mi hijo en cada visita y comunicarme con Asheville Pediatrics ante cualquier cambio en su cobertura de seguro. Asheville Pediatrics se compromete a hacer todos los esfuerzos razonables para obtener el pago de la compañía de seguros del paciente. Si la compañía de seguros rechaza un reclamo, niega el pago o una parte del pago, es responsabilidad del garante, entiendo que el saldo se facturará y acepto realizar el pago en un período de tiempo razonable. Esto incluye pagar el copago al momento de la cita de mi hijo/a. Autorizo el pago de todos los beneficios aplicables directamente a Asheville Pediatrics. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Para obtener la póliza financiera completa, solicite una copia o consúltela en nuestro sitio web.

Póliza del Código de Conducta

Asheville Pediatrics está comprometido con la seguridad de nuestros pacientes, sus familias y nuestro personal. No se tolerará ningún abuso verbal, comportamiento amenazante, agresivo y destructivo. No se permiten armas de fuego, incluidas armas de fuego ocultas, dentro de nuestro edificio. Si bien entendemos que pueden ocurrir desacuerdos, estos deben resolverse de manera respetuosa y civilizada. Asheville Pediatrics se reserva el derecho de despedir a un paciente de la práctica o involucrar a los Servicios de Protección Infantil, las autoridades policiales y otras agencias apropiadas, según la naturaleza de la infracción.

Póliza de No Presentación

Reconozco que los pacientes que faltan a más de tres citas sin notificación previa pueden resultar en la terminación de la atención de Asheville Pediatrics.

Póliza de Vacunas

Reconozco que Asheville Pediatrics exige que todos los pacientes sigan el calendario de vacunas recomendado según lo determinado por el ACIP y la AAP. El incumplimiento de este cronograma puede resultar en la terminación de la atención de la práctica.

Nombre del Paciente _____

Firma del Padre o Guardián Legal _____

Imprimir Nombre _____