

Registración de Paciente Menor

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social: ____-____-____
Sexo: M / F (Circule uno) Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Etnicidad: _____ Lenguaje Preferido _____
Domicilio: _____
de Telefono de Casa: (____) _____ - _____ # de Celular: (____) _____ - _____

Persona(s) responsable por la cuenta (si aparte de los padres biológicos, tenga a mano los documentos legales disponibles)

Nombre de Guardian: _____ Seguro Social: ____-____-____
Relacion al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____ # de Telefono: _____
Nombre de Empleador: _____ # de Empleador: (____) _____
Direccion de Empleador: _____
Correo Electronico: _____ # de Licencia de Conducir _____

Nombre de Guardian: _____ Seguro Social: ____-____-____
Relacion al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____ # de Telefono: _____
Nombre de Empleador: _____ # de Empleador: (____) _____
Direccion de Empleador: _____
Correo Electronico: _____ # de Licencia de Conducir _____

Metodo de Contacto Preferido: (Circule Uno) Celular/Numero de Casa/Numero de Trabajo

Pediatra: _____ Doctor que hizo la Referencia: _____
Farmacia Preferida: _____ Direccion: _____

INFORMACION PRIMARIA DE LA ASEGURANZA

Nombre del Plan: _____ Numero de I.D. _____
Direccion: _____ Numero de Grupo: _____
Tenedor de Poliza: _____ Fecha Efectiva: _____
Seguro Social del Tenedor de Poliza: ____-____-____
Fecha de Nacimiento del Tenedor de poliza: ____/____/____ Sexo: M/F

INFORMACION SEGUNDA DE LA ASEGURANZA

Nombre del Plan: _____ Numero de I.D. _____
Direccion: _____ Numero de Grupo: _____
Tenedor de Poliza: _____ Fecha Efectiva: _____
Seguro Social del Tenedor de Poliza: ____-____-____
Fecha de Nacimiento del Tenedor de poliza: ____/____/____ Sexo: M/F

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Direccion: _____

de Telefono: (____) _____ - _____ Relacion: _____

CONSENTIMIENTO DE LA HISTORIA DE MEDICAMENTO

Yo autorizo a ENT Partners of Texas a obtener mi historia de medicamento

FIRMA: _____ Fecha: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS – LIBERACION DE INFORMACION PARA LA FACTURACION

Yo autorizo el tratamiento de la persona nombrada arriba y estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas para dicho tratamiento. Yo también autorizo la liberacion de cualquier información médica necesaria para procesar estas reclamaciones. Por la presente autorizo a ENT Partners of Texas a recibir todos los beneficios a los cuales yo o mis dependientes tienen derecho bajo mi plan de seguro medico. Yo estoy de acuerdo que no voy a retener o retrasar el pago si mi compañía de seguros se niega a pagar en cualquiera de mis cargos. El suscrito esta de acuerdo en que si él / ella firma como un agente que él / ella está obligado a pagar por la cuenta.

FIRMA: _____ FECHA: _____

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le proveemos. Usted puede pedir a ver y copiar ese registro. También puede pedir que se corrija ese registro. No vamos a revelar su registro a otros a menos que usted nos indique hacerlo oa menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo. Es posible que vea su registro o obtener más información al respecto poniéndose en contacto con nuestro coordinador de registros medicos o oficial privado. Mi firma reconoce mi recibo de la notificación de prácticas de privacidad de ENT Partners of Texas.

FIRMA: _____ FECHA: _____

LA OBSERVACION DEL ESTUDIANTE

Doy permiso para que un estudiante este presente con el médico durante la cita.
Por favor marque una de las opciones relativas a su consentimiento.

_____ Yo doy permiso para que un estudiante esté presente con el médico durante mi visita.

_____ Yo rechazo el permiso para que un estudiante esté presente con el médico durante mi visita.

FIRMA: _____ FECHA: _____

