

ESSEX PEDIATRICS FORMA DE REGISTRO

Paciente: (primer nombre) _____ (apellido) _____

Direccion: (calle) _____, (numero de apartamento) _____,
(ciudad) _____, (estado) _____, (zip) _____

Telefono de casa: _____ **Telefono de trabajo:** _____

Fecha de nacimiento (mes/dia/ano): _____ **Edad:** _____

Masculino _____ Femenino _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Persona para contactar en caso de emergencia: _____ **Telefono:** _____

FIADOR: (persona responsable por la cuenta)

Nombre: _____ **Relation al paciente:** _____

Direccion: _____ **Telefono:** _____

Numero de Seguro Social de Fiador: _____ - _____ - _____

Empleador: Nombre de Compania: _____ **Telefono:** _____

Direccion: _____ **Oficio:** _____

INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO: NECESITAMOS VER LA TARJETA DE SEGURO

Nombre del seguro: _____ **Numero de poliza de seguro:** _____

Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento de suscriptor: _____ **Relation al paciente:** _____

_Numero de referencia que agrego a su hijo a su seguro: _____

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO: NECESITAMOS VER LA TARJETA DE SEGURO

Nombre del seguro: _____ **Numero de poliza de seguro:** _____

Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento de suscriptor: _____ **Relation al paciente:** _____

ASIGNACION: Con estas palabras, yo asigno todos beneficios medicos, incluyendo beneficios de Medicare, Blue Shield, planes de HMO's, y seguros comerciales, a Essex Pediatrics. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todas mis cuentas, sean o no sean cubiertas por el seguro. Yo autorizo que den la informacion necesaria a las companias de seguro para obtener pagos en mi nombre. Si el seguro manda un pago a mi nombre, yo firmare y entregare el pago a Essex Pediatrics.

Yo tambien autorizo que mi hijo/a participe con NJ Immunization Information System. Yo entiendo que esto es gratis, este systema es para mantener un registro central de sus vacunas, y la informacion se puede compartir con otras personas/instituciones autorizadas (doctor/escuela/departamento de salud) conforme las leyes de New Jersey permiten.

Firma: (padres/guardian) _____ **Fecha** _____

RECORDATORIO DE SITA: Yo acepto recibir recordatorios de sita por el siguiente email o telefono celular:

Email _____ **Telefono Celular** _____

Firma: (padre/guardian) _____ **Fecha** _____

Poliza de HIIPA: Yo he recibido el document Essex Pediatrics Notice of Privacy Practice. Yo entiendo que es mi responsabilidad leerlo.

Firma: (padre/guardian) _____ **Fecha** _____

POLIZA DE CANCELACION: Si no puede matener su sita, necesita llamar y cancelar su sita por lo menos 24 horas antes. Si no, le costara \$30 por no atender la visita y su seguro NO paga eso. Yo he leido la poliza de cancelacion

Firma: (padre/guardian) _____ **Fecha** _____