

Watoto Pediatric & Adolescent Specialty, LLC

PATIENT REGISTRATION

Apellido	Nombre	Apodo	Fecha Nacimiento	Sexo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Nombre de la Madre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ # de Social ____-____-____

Dirreccion _____ Ciudad/Codigo Postal _____

Numero de Telefono (____)____-____ Telefono Celular (____)____-____

Correro Electronico _____

Ocupacion _____ Lugar de Empleo _____

Numero de Trabajo (____)____-____ Ext _____ Soltera [] Casada/o [] Divorciada/o [] Viudo/a []

Nombre del Padre _____ Ciudad/Codigo Postal _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ # de Social ____-____-____

Dirreccion _____

Numero de Telefono (____)____-____ Telefono Celular (____)____-____

Correro Electronico _____

Ocupacion _____ Lugar de Soltera [] Casada/o [] Divorciada/o [] Viudo/a []

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Relacion: _____ Numero: _____

Tutor Legal: Nombre: _____ Relacion: _____ Numero: _____

Yo Autorizo a los siguientes individuos a estar involucrados en el tratamiento medico,e incluyendo a traera a mis hijo/a a sus visitas:

Nombre y Relacion

Nombre y Relacion

Firma de Pariente o Guardian Legal

Informacion de Seguro (Por favor dar su targeta de seguro y identificacion a la recepcionista):

Nombre de Compania de Seguro Primaria _____

Nombre de Dueño de Poliza _____

Numero de Identificacion de Miembro# _____ Numero de Grupo# _____

Asignacion de Seguro y Liberacion

Yo firmante ceder, tranferir y conjunto a Watoto Pediatric & Adolescent Specialty de todo mis derechos, titulo y intereses de pagos de medico o de cirugias donde tengo el derecho de reclamar de meclico or ciruqia hecho departe de Watoto Pediatric & Adolescent Specialty. Y yo dirijo mi compania de seguros a pagar cual quier y tados esos derechos directamenta a Watoto Pediatric & Adolescent Specialty.

Pariente o Guadian Legal Responsable de la cuenta

Fecha

Yo autorizo Watoto Pediatric & Adolescent Specialty para prestar atencion medica a mi hijo/a. Yo entiendo que soy responsable por la cuota medica y deducible al momento de la visita. En el caso de que mi cuenta se vuelve delincente y deban ser entregaos a una agencia de cobranza o abogados. En el evento que mi hijo/a sea hospitalizada, yo autorizo liberacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar una reclamacion de seguro y autorizo el pago de las prestacions medicas directamente a Watoto Pediatric & Adolescent Specialty. Yo entiendo que mi poliza de seguro es un contrato entre yo y mi compania de seguro y que soy responsable de los cobros no cubierto por la poliza. Yo voy a ayudar en la coleccion de mi beneficio de seguro en caso de retraso en el pago. Yo e recibido el "Anuncio de Politica de Privacidad." Con detalles de como mi infomacion se puede utilizarse y revelarse tal como lo permite el derecho ley federal y estatal.

Yo e recibido la "Políticas y Procedimientos de la Oficina" y acepto los terminos.

Firma de Pariente o Guardian Legal

Fecha

A quien le podemos agradecer por avernos referido? _____