



PATIENT REGISTRATION FORMS

Con el fin de servirle , necesitamos la siguiente información. Por favor, imprima.

Fecha de hoy:

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido del paciente:	Nombre:	Medio:	Apodo:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Género:	Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo
Dirección del paciente:	Apropiado:	Ciudad/Pueblo:	Estado: Código Postal:
Teléfono principal :	Teléfono diurno (trabajo):	Teléfono móvil (celular):	
Dirección de correo electrónico del paciente : (si corresponde)		Contacto de emergencia :	
Idioma preferido :	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Negarse a responder		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negarse a responder			
Método de contacto preferido: (seleccione uno para cada) <input type="checkbox"/> Sin contacto (tutor de contacto)			
Problemas / problemas médicos: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Sin contacto (tutor de contacto)			
Recordatorios de citas : <input type="checkbox"/> Enviar un mensaje de texto al correo electrónico <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> Sin contacto (contactar con el tutor)			
Fecha prevista para la visita: <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a la célula <input type="checkbox"/> Correo electrónico) <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Sin contacto (contacto tutor)			
Hospital:		Referido por:	

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de la farmacia:	Dirección:	Teléfono:
Autorizo al personal de Children's Health Center of VNA Community Services, Inc. a ver el historial de recetas externas del paciente a través del sistema de registro electrónico, eClinical Works.		
Nombre del paciente/padre/tutor:		Relación con el paciente:
Firma del paciente/padre/tutor:		Fecha:



PATIENT REGISTRATION FORMS

Con el fin de servirle , necesitamos la siguiente información. Por favor, imprima.

INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTORES #1

(Este padre/tutor aparecerá como el contacto principal para el paciente mencionado o anteriormente)

Apellido del padre/tutor :		Nombre:	Medio:	Apodo:	
SSN:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	<input type="checkbox"/> Compruebe aquí si el paciente es el hijo genético de este padre <input type="checkbox"/> Verifique aquí si el paciente vive con este padre / tutor.		
Dirección: (Dejar en blanco si es igual que el paciente)		Apropiado:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Teléfono principal :		Teléfono diurno (trabajo):		Teléfono móvil (celular):	
Idioma preferido :			Dirección de correo electrónico del hogar del padre/tutor:		
Empleador:			Ocupación:		

Con el fin de servirle , necesitamos la siguiente información. Por favor, imprima.

INFORMACIÓN AUTORIZADA DE FAMILIARES / CUIDADORES

(Las personas enumeradas en esta sección pueden acompañar y dar su consentimiento para el examen y / o tratamiento del paciente mencionado anteriormente hasta que sea revocado expresamente por un padre / tutor)

Verifique aquí si no autoriza a ningún miembro adicional de la familia / cuidador para acompañar y dar su consentimiento para el examen y / o tratamiento de este paciente en ausencia de un padre / tutor. (Si se selecciona , omita la siguiente sección)

1º Apellido de la Parte Autorizada :	Nombre:	Relación con el paciente:
Número de teléfono:	Esta autorización es efectiva desde el principio. _____.	
	Esta autorización es efectiva desde que la revoque por escrito.	
2º Apellido de la Parte Autorizada :	Nombre:	Relación con el paciente:
Número de teléfono:	Esta autorización es efectiva desde el principio. _____.	
	Esta autorización es efectiva desde que la revoque por escrito.	
3º Apellido de la Parte Autorizada :	Nombre:	Relación con el paciente:
Número de teléfono:	Esta autorización es efectiva desde el principio. _____.	

HERMANOS

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:
-----------	---------	----------------------	---------

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:

INFORMACIÓN DE SEGUROS PRIMARIOS

Nombre de la compañía de seguros :	Número de identificación :	Número de grupo:	
Nombre del garante:	Género:	Fecha de nacimiento:	Relación del paciente con el garante:
Empleador:		Dirección del empleador :	

INFORMACIÓN DE SEGUROS SECUNDARIOS

Nombre de la compañía de seguros :	Número de identificación :	Número de grupo:	
Nombre del garante:	Género:	Fecha de nacimiento:	Relación del paciente con el garante:
Empleador:		Dirección del empleador :	

Con el fin de servirle , necesitamos la siguiente información. Por favor, print.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Reconozco que soy legalmente responsable de todos los cargos relacionados con la atención médica y el tratamiento proporcionado por el Children's Health Center of VNA Community Services, Inc.

Nombre del niño: _____

Entiendo que mi compañía de seguros puede no aprobar o reembolsar los servicios médicos en su totalidad debido a exclusiones de beneficios, límites de cobertura, falta de autorización, falta de elegibilidad o necesidad médica.

Entiendo que soy responsable de las tarifas no pagadas en su totalidad, los copagos y los deducibles y coseguros de la póliza, excepto cuando mi responsabilidad esté limitada por contrato o por la ley estatal o federal.

Nombre del paciente/padre/tutor:	Relación con el paciente:
Firma del paciente/padre/tutor:	Fecha:

AUTHORIZATION FOR TREATMENT AND ACKNOWLEDGEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY

- Por la presente , autorizo a todos los padres, tutores, familiares y cuidadores mencionados anteriormente a acompañar al paciente mencionado anteriormente a las visitas al consultorio en el Children's Health Center of VNA Community Services, Inc., y doy su consentimiento para el examen y/o tratamiento del paciente mencionado anteriormente durante las visitas al consultorio. Los padres y/o tutores deben estar enumerados anteriormente para obtener acceso a los registros de este paciente a través del Portal del paciente en línea. Por la presente, autorizo al personal de Children's Health Center of VNA Community Services, Inc., a comunicarse por correo, llamada telefónica, portal del paciente, mensaje del contestador automático, mensaje de texto y / o correo electrónico de acuerdo con la información que he proporcionado anteriormente.
- Por la presente, autorizo al Children's Health Center of VNA Community Services, Inc., y a las partes asociadas a divulgar información médica y / u otra información adquirida en el curso de mi examen y / o tratamiento (con la excepción de los registros de salud mental) a las compañías de seguros necesarias, terceros pagadores y / u otros médicos o entidades de atención médica requeridos para participar en mi atención.
- Certifico que yo / mis dependientes tienen cobertura de seguro de salud como se indicó anteriormente. Por la presente, autorizo al Children's Health Center of VNA Community Services, Inc., y/o sus subsidiarias a presentar para reembolso en mi/nuestro nombre por todos los servicios prestados y asignar directamente al Children's Health Center of VNA Community Services, Inc., todos los beneficios del seguro que de otro modo me serían pagaderos. Entiendo que todos los copagos, coseguros y deducibles vencen en el momento del servicio y que se agregará una tarifa de facturación a cualquier copago no pagado en el momento del servicio. Además, entiendo que si el Children's Health Center of VNA Community Services, Inc., no puede verificar la cobertura de seguro activo para este paciente y / o el reclamo de reembolso no es pagado por mi seguro, el paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es en última instancia responsable del pago por los servicios prestados. , Entiendo que seré responsable de todos los cobros razonables y honorarios legales

Nombre del paciente/padre/tutor:	Relationship to Patient:
Firma del paciente/padre/tutor:	Date:
RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACUSE DE RECIBO POR ESCRITO	
Certifico que me han ofrecido y/o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Children's Health Center of VNA Community Services, Inc.	
Nombre del paciente/padre/tutor:	Relationship to Patient:
Firma del paciente/padre/tutor:	Date:

A continuación, enumere los nombres y fechas de nacimiento de todos sus hijos / dependientes que son pacientes del Centro de Salud Infantil de VNA Community Services, Inc. con quienes desea incluir en esta autorización.:

Name	DOB
