

Registro del paciente: niño

DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

AGREGUE CUALQUIER NIÑO ADICIONAL EN EL SIGUIENTE FORMULARIO

NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA

FECHA

Información del Paciente 1 (Escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL 2.º NOMBRE)		SEXO	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (INCLUYA EL N.º DE UNIDAD, SI CORRESPONDE)		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		IDIOMA PRINCIPAL
RAZA		ORIGEN ÉTNICO		

Información del Paciente 2 (Escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL 2.º NOMBRE)		SEXO	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (INCLUYA EL N.º DE UNIDAD, SI CORRESPONDE)		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		IDIOMA PRINCIPAL
RAZA		ORIGEN ÉTNICO		

INFORMACIÓN DE LA MADRE, PADRE O TUTOR LEGAL (el garante es el padre/madre/tutor con el que el niño vive)

NOMBRE DEL GARANTE			FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (INCLUYA EL N.º DE UNIDAD, SI CORRESPONDE)			
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL			
N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Información del seguro principal y secundario con afiliado (se requiere que adjunte copia de ambos lados de las tarjetas de seguro, dirección de reclamos)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA		NOMBRE DEL AFILIADO		FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO	SEXO DEL AFILIADO
RELACIÓN CON EL PACIENTE	N.º DE GRUPO	N.º DE PÓLIZA/ID. DEL MIEMBRO:	FECHA DE VIGENCIA	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	SITUACIÓN DE EMPLEO
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA		NOMBRE DEL AFILIADO		FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO	SEXO DEL AFILIADO
RELACIÓN CON EL PACIENTE	N.º DE GRUPO	N.º DE PÓLIZA/ID. DEL MIEMBRO:	FECHA DE VIGENCIA	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	SITUACIÓN DE EMPLEO

Contacto en caso de emergencia (debe ser una persona que no viva en la dirección de residencia)

NOMBRE DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	

Hago constar que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, es correcta.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo a DUPAGE MEDICAL GROUP a divulgar a mi compañía de seguros o agentes de seguros nombrados, cualquier información relacionada con la atención médica (física o psicológica), asesoramiento, tratamiento o suministros que se me han proporcionado con los propósitos de la administración, revisión, investigación o evaluación de la cobertura de reclamos y uso de los servicios. Autorizo que una copia de esta información sea igual de válida que el original. Notificaré a DUPAGE MEDICAL GROUP por escrito sobre cualquier información que yo no quiera que sea divulgada.

FIRMA

FECHA

Asignación de beneficios

Autorizo la asignación de beneficios pagaderos a DUPAGE MEDICAL GROUP o a su representante para los servicios médicos y suministros por parte del gobierno o a cualquier otro pagador privado tercero. Entiendo que seré financieramente responsable del pago de todos los copagos, coaseguro, deducibles y servicios que no estén cubiertos bajo la póliza.

Autorización para cuotas adicionales

En caso de que se lleve ante la justicia cualquier demanda para cobrar esta cuenta o cualquier parte de esta, el paciente/garante será responsable de todos los costos, sin limitarse a los honorarios de abogados, costos del tribunal, tarifas de cobro, intereses y cualquier costo adicional que se incurra a causa de esta acción.

Autorización para el tratamiento

Acepto cualquier evaluación, tratamiento y procedimientos que se me puedan realizar durante las visitas al consultorio, incluso tratamiento de emergencia considerado necesario por el médico o sus proveedores.

FIRMA

FECHA

Registro del paciente: niño

DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

Información del Paciente 3 (escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL 2.º NOMBRE)	SEXO	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (INCLUYA EL N.º DE UNIDAD, SI CORRESPONDE)	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		IDIOMA PRINCIPAL
RAZA	ORIGEN ÉTNICO		

Información del Paciente 4 (escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL 2.º NOMBRE)	SEXO	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (INCLUYA EL N.º DE UNIDAD, SI CORRESPONDE)	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		IDIOMA PRINCIPAL
RAZA	ORIGEN ÉTNICO		

Información del Paciente 5 (escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL 2.º NOMBRE)	SEXO	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (INCLUYA EL N.º DE UNIDAD, SI CORRESPONDE)	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		IDIOMA PRINCIPAL
RAZA	ORIGEN ÉTNICO		

Información del Paciente 6 (escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL 2.º NOMBRE)	SEXO	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (INCLUYA EL N.º DE UNIDAD, SI CORRESPONDE)	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		IDIOMA PRINCIPAL
RAZA	ORIGEN ÉTNICO		