



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer (Por favor circule)

Estado civil: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente/Empleador padre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge (si corresponde): \_\_\_\_\_

Cónyuge SSN#: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del  
cónyuge: \_\_\_\_\_

***\*\*Paciente pediátrico únicamente (indique a ambos padres si corresponde)\*\****

**Nombre del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Padre (Madre) SSN#:** \_\_\_\_\_

**Padre(Madre) Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Padre (Padre)**

**SSN#:** \_\_\_\_\_

**Padre (Padre) Fecha de**

**nacimiento#:** \_\_\_\_\_

**Celular del padre (madre):** \_\_\_\_\_

**Celular del padre (padre):** \_\_\_\_\_

**Empleador principal:** \_\_\_\_\_

**Ocupación de los padres:** \_\_\_\_\_

**Teléfono comercial:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico**

**comercial:** \_\_\_\_\_

**Dirección del empleador:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código**

**Postal:** \_\_\_\_\_

**Empleador principal:** \_\_\_\_\_

**Ocupación de los padres:** \_\_\_\_\_

**Teléfono comercial:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico**

**comercial:** \_\_\_\_\_

**Dirección del empleador:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código**

**Postal:** \_\_\_\_\_

**Nombre del contacto de emergencia n.º 1:**

\_\_\_\_\_

**Número de contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Nombre del contacto de emergencia n.º 2:**

\_\_\_\_\_

**Número de contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**¿Alguien nos lo recomendó? Si es así, ¿quién?** \_\_\_\_\_

**Persona Responsable del Pago:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_

**Nombre del titular de la póliza/SSN/DOB:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Número de póliza/N.º de identificación de miembro**

\_\_\_\_\_

**Grupo #:** \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:** \_\_\_\_\_

**Nombre del titular de la póliza/SSN/DOB:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Número de póliza/N.º de identificación de**

**miembro:** \_\_\_\_\_

**Grupo #:** \_\_\_\_\_

**Lea:** Todos los cargos vencen al momento del servicio. El paciente es responsable de toda la alimentación independientemente del seguro. Es nuestra política que los servicios progresivos proporcionados en nuestra oficina se paguen en el momento del servicio. Habrá un cargo por pago atrasado de \$25 por mes en cuentas con 60 días de atraso. Estamos en el proceso de acreditación con múltiples compañías de seguros privadas y Medicare. A partir de ahora, solo trabajamos en efectivo. Una vez que recuperemos y firmemos los contratos con las compañías de seguros, comenzaremos a presentar reclamaciones ante su seguro. Usted mismo puede proporcionar un recibo de los servicios a su compañía de seguros para que los

**servicios se destinen a cualquier deducible que pueda tener y para cualquier reembolso que el seguro pueda brindarle. Si desea enviar un recibo a su seguro, infórmese a la recepcionista o enfermera antes de salir de la oficina.**

**A medida que obtengamos contratos con compañías de seguros, se lo haremos saber en el momento de su visita.**

**Por la presente autorizo a Dailey Pediatrics and Family Medicine, P.C. para cobrar el pago al momento del servicio en forma de efectivo, cheque, crédito o débito. Entiendo que esta es una oficina que solo recibe efectivo en este momento, sin embargo, eso puede cambiar una vez que los contratos de seguro se pongan en marcha. En este momento, se me informará en mi visita al consultorio y daré permiso para que Dailey Pediatrics and Family Medicine proporcione información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos, y por la presente asigno a Dailey Pediatrics and Family Medicine todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí y a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.**

---

**Firma Fecha**