

Visitas Posteriores - No Cambios

Información del Paciente

Por Favor Legible

Toda la información es confidencial.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de domicilio _____ Número de Teléfono _____

Dirección postal _____ Numero de Celular _____

*Raza/Origen Ético _____ *Correo Electrónico _____

*Farmacia de preferencia (nombre y dirección) _____ *Idioma Preferido _____

*Requerido por el Gobierno

Declaración de Responsabilidad

Su seguro es un método para que usted reciba el reembolso de los honorarios que ha pagado al médico por servicios prestados. Tener un seguro no es un sustituto para el pago. Muchas empresas fijado las asignaciones o porcentajes basados en su contrato con ellos, no con nuestra oficina. Es su responsabilidad de pagar los copagos, deducibles, co-seguros y cualesquiera otros saldos no cubiertos por su seguro. Nosotros le ayudaremos a recibir reembolso lo más posible, pero usted sigue siendo responsable por su factura. Su firma es necesaria para que podamos procesar reclamaciones de seguros y para garantizar el pago por los servicios prestados.

Autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar esta reclamación y que sea pertinente a la atención médica de mi hijo y de beneficios correspondientes. Yo autorizo el pago de todas las beneficios médicos y / o quirúrgicas, incluidas privada, AHCCCS, Medicare u otros planes de salud o seguro a Yavapai Pediatrics, PC Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia o fax de esta asignación se considera tan válida como el original. También comprendo que al firmar abajo, autorizo el uso de información personal de salud del paciente antes mencionado que se utilizará para proporcionar el tratamiento necesario, referencias, otras operaciones de atención médica, los problemas relacionados con el seguro correspondencia con usted. Cualquier otro uso de esta información se requiere una autorización detallando que usted autoriza tales usos.

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de todos los cargos. He leído esta información y entenderla.

Por favor, termine completamente antes de firmar

_____ Toda la información demográfica anterior en el archivo es precisa y no ha cambiado desde nuestra última visita.

Padre (tutor legal)

Fecha

Iniciales del testigo

Por favor, termine completamente antes de firmar

Toda la información demográfica anterior en el archivo es precisa y no ha cambiado desde nuestra última visita.

_____ información del seguro en el archivo es precisa y no ha cambiado desde la última visita.

Padre (tutor legal)

Fecha

Por favor, termine completamente antes de firmar

Toda la información demográfica anterior en el archivo es precisa y no ha cambiado desde nuestra última visita.

_____ información del seguro en el archivo es precisa y no ha cambiado desde la última visita

Padre (tutor legal)

Fecha