# Horizon Pediatrics, Inc.

## HOJA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ N° TEL. EN CASA (_____)_____-_____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2° NOMBRE

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO/CP: _____

SEXO: M O F FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ N° DE SEGURO SOCIAL: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

MÉDICO DE CABECERA: _____ TELÉFONO: (_____) _____-_____

MÉDICO QUE HIZO LA REMISIÓN: _____ TELÉFONO: (_____) _____-_____

### PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DE UNO DE LOS PADRES/TUTOR: _____ N° DE TELÉFONO: (_____)_____-_____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____/_____/_____ N° DE SEGURO SOCIAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: (_____) _____-_____

NOMBRE DEL EMPLEADOR/ESCUELA: _____ OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DEL OTRO PADRE/TUTOR: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO (_____)_____-_____

SI LOS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS O SEPARADOS, ¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA? _____

HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS QUE DEBEN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA: _____

HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS QUE DEBEN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN FINANCIERA: _____

HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS QUE TIENEN DERECHO LEGAL DE DECIDIR SOBRE EL CUIDADO MÉDICO DEL PACIENTE : _____

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ ASEGURADO: _____

DIRECCIÓN PARA RECLAMOS: _____

N° DE TELÉFONO: (_____)_____-_____ N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: _____ N° DE GRUPO: _____

N° DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____/_____/_____

EMPLEADOR DEL ASEGURADO: _____ PLAN DEL EMPLEADOR: SÍ O NO

PARENTESCO CON EL ASEGURADO: _____

### PERSONA A LA QUE SE AVISARÁ EN CASO DE UNA EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES)

NOMBRE: _____ N° DE TELÉFONO: (_____) _____-_____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

Atención por favor: **A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS PREVIOS, SE REQUIERE QUE EL PAGO SE REALICE AL MOMENTO DE PROPORCIONAR LOS SERVICIOS.**

**CUIDADO MÉDICO**: Yo autorizo a mi médico para que me proporcione o le proporcione a mi hijo(a) cuidado médico apropiado y razonable según las normas actuales. **INFORMACIÓN MÉDICA**: Yo autorizo a los médicos y al personal de este consultorio para que difunda cualquier información que se ha obtenido en el ciclo de mi tratamiento o del de mi hijo(a) a mi compañía de seguro, a mi empleador o a terceros responsables del pago, para que se pueda obtener el pago de los servicios médicos proporcionados. **AUTORIZACIÓN DEL SEGURO**: Yo autorizo a los médicos de este consultorio a proveer información a mi compañía de seguros relacionada con la enfermedad o los tratamiento míos o de mi hijo(a).
**DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS**: Yo autorizo a mi compañía de seguros o a terceros responsables del pago a pagar cualquier prestación que se deba directamente a este consultorio si aceptan la designación de mi reclamación. TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO EN QUE FINANCIERAMENTE SOY RESPONSABLE POR LA CUENTA, AUN CUANDO EL SEGURO PUEDE ESTAR PENDIENTE CON TODOS O UNA PARTE DE LOS COBROS. IGUALMENTE ESTOY DE ACUERDO EN QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER SALDO ACTUAL VENCIDO DEL PACIENTE SOBRE ESTA CUENTA Y TENGO CONOCIMIENTO DE QUE MI CUENTA SERÁ CONSIDERADA INCUMPLIDA SI NO SE PAGA EL TOTAL EN EL TRANSCURSO DE TREINTA DÍAS DE LA FECHA DEL SERVICIO EN CUESTIÓN.

**FIRMA DEL PACIENTE O PADRE/TUTOR;** _____ **FECHA:** _____