

Updated Jan-17

CONFIDENCIAL-INFORMACION DEL PACIENTE/FORMA DE CONCENTIMIENTO

Nombre del Paciente _____ **Sexo** _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Telefono de Casa _____

Direccion _____ Ciudad _____Codigo _____

El Nino vive con Madre Padre ambos tutor legal

Nombre de la Madre legal _____ número de celular _____ Correo electrónico _____

Nombre del Padre legal _____ número de celular _____ Correo electrónico _____

Partido Responsable _____ **Relacion** _____

Dirección _____ Telefono _____

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

(una persona que no sean los padres)

(esta no es una Autorización para tratar al paciente– forma adicional sera completa)

Nombre _____ Telefono _____

Relacion _____

Informacion dela aseguranza No tiene aseguranza el paciente

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de aseguranza _____ Numero de la poliza de aseguranza _____

CONCENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Autorización de tratamiento para mi hijo/a. Tratamiento de emergencia en el evento que mi hijo/a sea traído por otra persona que no sea yo.	<u>iniciales</u>
AUTORIZACION Y EXONERACION: Asimismo, reconozco que he recibido una copia del Aviso De Privacidad. Además asimismo que una copia de este Aviso a sido proporcionada/disponible en la sala de recepción. También entiendo que una copia de este Aviso será proporcionada en cada cita. Pediatric Partners pueden divulgar registros de inmunización a las escuelas sólo para los efectos de su inscripción y requisitos de admisión con mi autorización verbal. (Notice of Privacy Practices)	<u>iniciales</u>
Soy consciente que Pediatric Partners participa en el intercambio seguro de datos con registros de salud pública, registros síndromico y otros intercambios de información médica en la coordinación de atención al paciente. (Data Exchange)	<u>iniciales</u>
Yo autorizo y solicito que mi aseguranza pague directamente los beneficios a mi médico. Yo comprendo que mi aseguranza médica puede pagar menos de los servicios proporcionados. Yo estoy de acuerdo en ser el responsable del pago de todos los servicios ejecutados a mi depende. (Assignment of Benefits)	<u>iniciales</u>
Soy consciente que la Notificación de No Discriminación se puede encontrar en la sala de espera de cada oficina Médica de Pediatric Partners.	<u>iniciales</u>

Firma _____ **Fecha** _____

Nombre _____ **Relacion** _____

NOTICIA A CONSUMIDORES: Médicos con licencia son regulados por el Consejo de médicos de California.

(800) 633-2322 www.mbc.ca.gov