

### Información del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ extensión: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si la Dirección / Números de Teléfonos es igual que la del paciente, no tiene que volver a escribirlos

### Padre / Tutor #1

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ extensión: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Relación con el menor: Padres Biológicos Padres adoptivos  
Abuelos Hermano(a) Otro: \_\_\_\_\_

### Madre / Tutor #2

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ extensión: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Relación con el menor: Padres Biológicos Padres adoptivos  
Abuelos Hermano(a) Otro: \_\_\_\_\_

### Información Seguro Medico

Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
Asegurado principal: Usted Padre / Tutor #1 Madre / Tutor #2

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

*(diferente del Padre/Tutor)*

Nos comunicaremos con esta persona en caso de que tengamos algo urgente que decirle y no lo podamos contactar, o si llegara a tener una emergencia medica mientras esta en nuestra oficina.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_ extensión: \_\_\_\_\_

## Representante

Las siguientes personas pueden dar consentimiento a examen medico, vacunación o toma de muestras de sangre si el padre o tutor no pueden acompañar al menor a su cita medica. Estas personas tienen que tener 18 años o más y deben presentar una identificación valida y con foto en la ventanilla de registro. (Padre/Tutor no puede ser el representante)

\_\_\_\_\_ **Marque aquí para designar el contacto de emergencia como el representante**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

## Declaración, Autorización y Asignación de Beneficios

Como una cortesía hacia usted, tendremos el gusto de enviar la cuenta de su visita a su Compañía de Seguros. Todas las Compañías de Seguros nos han indicado que el obtener información acerca de los beneficios y pre-certificación de la visita NO ES GARANTIA DE PAGO. El pago será determinado por la Compañía de Seguros cuando reciba la cuenta. Por favor firme las siguientes declaraciones que ayudaran a obtener pago de la Compañía de Seguros.

Yo autorizo a East Houston Medical Group a que suministre a mi Compañía de Seguros o sus representantes cualquier información que sea pedida por ellos incluyendo el diagnostico y/o los exámenes a los que se me ha sometido.

Yo autorizo a mi Compañía de Seguros para que pague directamente a East Houston Medical Group todos los tipos de beneficios y pago por tratamiento medico y quirúrgico que se me haya proporcionado a mí o a mis dependientes.

Yo entiendo que si mi Compañía de Seguros no paga por los servicios que he recibido en el curso de los siguientes 120 días, yo seré responsable por el pago y me comprometo a pagar el total de mi cuenta de inmediato.

Certifico que YO NO TENGO otro seguro medico además de \_\_\_\_\_.

Autorizo a East Houston Medical Group para que trate y maneje mis condiciones médicas.

Yo reconozco que la información acerca de privacidad de información medica cubierta por la ley HIPPA esta disponible y si pido una copia esta se me dará al momento.

Tengo entendido que se me puede cobrar por citas no canceladas a tiempo y que puede haber otros cargos administrativos.

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_