



Sunrise Family Clinic

Registración Pediatra

Nombre completo del Paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular _____ Trabajo _____ Otro _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Nombre del Empleador: _____

Por favor marque:

Sexo: M – F Grupo étnico: Hispano o latino - No hispano o latino - Rechazado

Raza: Indio Americano - Nativo de Alaska - Asiático - Afroamericano - Blanco - Otro _____ - Rechazado

Idioma preferido: inglés - español - Otro _____

Estado civil: Casado - Soltero - Divorciado - Viudo - Separado Jurídicamente – Unión Libre

Estado de Empleo: Tiempo Completo - Tiempo Parcial - No Empleado - Autónomo - Retirado - Activo Militar

Estatus de Estudiante: Estudiante de Tiempo Completo - Estudiante de Tiempo Parcial - No Estudiante

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (información utilizada para las declaraciones de saldo de los pacientes)

Marque aquí y vaya a la siguiente sección si la información es la misma que la del paciente

Responsable Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular _____ Trabajo _____ Otro _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Celular _____ Trabajo _____ Otro _____

¿Tiene usted un testamento en vida, una directiva avanzada o un poder notarial para el cuidado de la salud? SI NO

Si tiene uno por favor proporcione una copia para su expediente

Nombre: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Usted debe presentar su tarjeta (s) de seguro a la recepción durante su registro.

Estoy de acuerdo que la información proporcionada en este formulario es exacta y actualizada a mi mejor saber y entender. Entiendo que el abajo firmante es responsable de los cargos incurridos. Es una cortesía de Sunrise Family Clinic (SFC) presentar mi seguro y soy responsable de mi copago y / o porcentaje, y en el caso de que mi compañía de seguros no pague, soy responsable del saldo adeudado. También es mi responsabilidad de estar al tanto de o llamar a mi seguro con respecto a sus requisitos para autorizaciones previas o referencias. Si estos no se obtienen antes de la visita, soy responsable de cualquier cargo. Si SFC no puede obtener un pago dentro de un período razonable de tiempo del paciente, SFC se reserva el derecho de colocar su cuenta en una agencia de cobranza, lo que me dejará responsable de los gastos adicionales incurridos en su caso. He leído y entiendo completamente la declaración anterior de política de pago. Por la presente solicito cualquier beneficio en mi nombre, que se pagará a Sunrise Family Clinic. También autorizo la divulgación de cualquier información adquirida durante el curso de mi tratamiento a mi compañía de seguros cuando sea necesario para emitir beneficios.

Firma de la Parte Paciente o Responsable

Fecha