

## Patient Registration (Registro de pacientes)

**Welcome to our office!** In order to serve you, we **REQUIRE ALL** the following information be completed. Please print **ALL** your responses. Also, please provide us with your insurance card to copy for our records. All information will remain strictly confidential under federal HIPAA compliance. (Additional children can be added below on the sibling section)

**¡Bienvenido a nuestra oficina!** Para servirle a usted, favor de completar **toda la información** solicitada. También, indiquenos su tarjeta de seguro para copiar para nuestros registros. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial en virtud del cumplimiento federal HIPAA.

(Nombre de paciente)

Patient Name: \_\_\_\_\_

(Fecha de nacimiento)

Birth date: \_\_\_\_\_

Address: (dirección) \_\_\_\_\_

Race: (Raza) \_\_\_\_\_

Ethnicity: (etnicidad) \_\_\_\_\_

City, St, Zip: (código postal) \_\_\_\_\_

Sex (sexo): M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Resides with: (reside con) \_\_\_\_\_

Soc. Sec# (Núm seguro soc) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_

Pharmacy Phone: \_\_\_\_\_

(Nombre de farmacia)

(Número de farmacia)

Preferred Language: (Idioma preferido) English / Spanish

Preferred Doctor: (Medico preferido) MacFarlane | Seiff | Shaffer

(Please indicate with a checkmark the parent responsible for account balances) Por favor, indique con una marca el padre responsable de los saldos de cuentas

☐ Parent 1 (Padre 1)

☐ Parent 2 (Padre 2)

☐ Parent 3 (Padre 3)

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Relationship (Relación): \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Home Tel #: \_\_\_\_\_

Home Tel #: \_\_\_\_\_

Home Tel #: \_\_\_\_\_

Cell #: (cellular): \_\_\_\_\_

Cell #: \_\_\_\_\_

Cell #: \_\_\_\_\_

Employer (Empleador): \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Work Tel #: \_\_\_\_\_

Work Tel #: \_\_\_\_\_

Work Tel #: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

Soc. Sec#: \_\_\_\_\_

Soc. Sec#: \_\_\_\_\_

Soc. Sec#: \_\_\_\_\_

Names of Siblings with birth dates: \_\_\_\_\_

(Nombres de los Hermanos con las fechas de nacimiento)

**Insurance Information** (if the patient is covered by more than one insurance make sure you have completed coordination of benefits with your insurance companies) **Información de Seguros** (si el paciente está cubierto por más de un seguro asegurarse la coordinación de haber completado los beneficios con sus compañías de seguros)

Primary (Primer)

Secondary (Secundaria)

Tertiary (Terciario)

(Nombre del Asegurado)

Name of Insured: \_\_\_\_\_

Insurance Co. (seguro) \_\_\_\_\_

ID number: \_\_\_\_\_

Group#: (# de grupo) \_\_\_\_\_

**HIPAA Authorization** (HIPAA Autorización)

I have received the Privacy Policy Statement from my child's primary care physician and agree to share this information with all persons responsible for my child's care in my absence. (He recibido la Declaración de Política de Privacidad de médico de atención primaria de mi hijo y estoy de acuerdo para compartir esta información con todas las personas responsables por el cuidado de mi hijo en mi ausencia)

Signature: \_\_\_\_\_

Firma

Date: \_\_\_\_\_

Fecha

**Authorizations and Signature** Autorizaciones y Firma

I authorize release of any information concerning my child's health care, advice, and treatment provided for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I also authorize payment of insurance benefits otherwise payable directly to my child's doctor. (Autorizo la liberación de cualquier información sobre el cuidado de la salud de mi hijo, el asesoramiento y el tratamiento suministrado con el fin de evaluar y administrar las solicitudes de prestaciones de seguros. También autorizo el pago de beneficios de seguro de otro modo por pagar directamente al médico de mi hijo)

I give permission to Millcreek Pediatrics and its employees, agents and medical providers to release medical information for blind data research in which none of the data will be linked directly to my identity. I understand that my medical information may be electronically submitted to any or all physicians, hospitals, health care entities and/or managed care carriers. I permit a copy of this authorization to be used in place of original.

(Yo doy permiso para Millcreek Pediatría y sus empleados, agentes y proveedores de servicios médicos a divulgar información médica para la investigación de datos ciego en el que ninguno de los datos estará vinculado directamente a mi identidad. Entiendo que mi información médica puede ser presentada electrónicamente a cualquiera o todos los médicos, hospitales, entidades de atención de salud y / o portadores de cuidado administrado. Me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de originales.)

I understand that all charges for medical services not covered by a third party insurance plan are the patient's (and my) responsibility. **All fees, including insurance co-payments, are due and payable at the time of visit.** Entiendo que todos los cargos por los servicios médicos no cubiertos por un tercer plan de seguro es la responsabilidad de mí y del paciente. **Todos los cargos, incluyendo los co-pagos de seguros, se deben pagar al momento de la visita**

Signature: \_\_\_\_\_

Firma

Date: \_\_\_\_\_

Fecha