

Athens Kids Specialists, PC

1500 Oglethorpe Ave, Suite 100

Athens GA 30606

Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Registración de Pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor liste todos los niños que serán pacientes)

1. _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____ M / F
2. _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____ M / F
3. _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____ M / F
4. _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____ M / F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Num. Tel. Casa: (____) _____ - _____ Núm. Cel.: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Farmacia de Preferencia: _____ Dirección: _____ Tel: (____) _____ - _____

Doctor Anterior: _____ Dirección: _____ Tel: (____) _____ - _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Nombre1: _____ Relación con niño(s): _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____

Dirección (Si es diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Num. Tel: (____) _____ - _____ Empleador _____ Tel: (____) _____ - _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre2: _____ Relación con niño(s): _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____

Dirección (Si es diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Num. Tel: (____) _____ - _____ Empleador _____ Tel: (____) _____ - _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Núm. Tel. (____) _____ - _____

Dirección (Si es diferencia): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de Seguro: _____ Núm. de ID: _____ Núm. de Grupo: _____

Nombre de Seguro: _____ Núm. de ID: _____ Núm. de Grupo: _____

¿Cómo escucho acerca de nosotros? _____

(Importante—Por favor lea cuidadosamente antes de firmar)

AUTORIZACION DE DAR INFORMACION Y ASIGNAR LOS BENEFICIOS

Yo entiendo que el pago de todo cuidado médico tiene que ser pagado a la hora de la visita. Yo entiendo que es mi responsabilidad de pagar cualquier deducible, co-seguro, o cualquier otro balance NO PAGADO por mi compañía de seguro medico. Yo entiendo que soy responsable por cualquier otro pago incurriendo en la colección de la cuenta del paciente en caso de fallo, incluyendo una tarifa razonable de abogado y costos de abogados.

Yo le doy el permiso a Athens Kids Specialists, PC de dar cualquier información pertinente a mi compañía de seguro según sea pedida, también asigno y autorizo el pago directo a Athens Kids Specialists, PC. Yo permito una copia de esta autorización para que sea usada en vez de la original.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____ Testigo: _____

NOTICIAS DE CONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Yo certifico que he leído y entendido la póliza de prácticas privadas de Athens Kids Specialists, PC.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____ Testigo: _____