

_____ Ponga sus Iniciales aqui si da su consentimiento para recibir un texto para recordatorio de su cita

SOUTHERN OREGON PEDIATRICS

750 MURPHY ROAD
MEDFORD, OR 97504
(541) 789-4096

Por favor llene completamente la siguiente información. Use letra de molde.

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ H / M _____
Apellido (s) Nombre Ciudad Estado Código Postal
Dirección/calle _____
Teléfono _____ Teléfono celular _____ Seguro Social # _____

Nombre(s) de los hermanos:

Nombre y fecha de nacimiento H/M Nombre y fecha de nacimiento H/M Nombre y fecha de nacimiento H/M Nombre y fecha de nacimiento H/M
Nombre y fecha de nacimiento H/M Nombre y fecha de nacimiento H/M Nombre y fecha de nacimiento H/M Nombre y fecha de nacimiento H/M

INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE:

Nombre biológico u adoptivo del padre: _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro social # _____

Dirección (si es diferente a la anterior) _____ Teléfono/celular _____

Nombre de la Empresa _____ Teléfono de trabajo _____ ¿Se comunica consigo allá? S o N

Nombre biológico u adoptivo de la madre: _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro social # _____

Dirección (si es diferente a la anterior) _____ Teléfono/celular _____

Nombre de la Empresa _____ Teléfono de trabajo _____ ¿Se comunica consigo allá? S o N

Nombre de guardián legal: _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro social # _____ Relación al paciente _____

Dirección (si es diferente a la anterior) _____ Teléfono/celular _____

Nombre de la Empresa _____ Teléfono de trabajo _____ ¿Se comunica consigo allá? S o N

INFORMACION DEL PADRE ADOPTIVO, (SI SE APLICA):

Nombre del padre/ la madre: _____ Teléfono/celular # _____

Dirección/calle _____ Fecha de nacimiento _____

INFORMACION PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

¿A quién podemos contactar en el caso de una emergencia, si no es posible localizar a las personas listadas anteriormente?

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación con el paciente _____

AUTORIZACION PARA PAGAR/OTORGAMIENTO DE INFORMACION MEDIA

Yo autorizo el tratamiento del paciente nombrado arriba. Por tanto, yo asigno a Southern Oregon Pediatrics todos los pagos a los cuentas yo tenga derecho por gastos médicos o de cirugía que se relacionen con los servicios realizados por Southern Oregon Pediatrics, y pido que pagos en forma de cheque se hagan a nombre de dicha institución. También autorizo al médico de Southern Oregon Pediatrics otorgar tal información (incluso una copia de esta forma) tal como sea requerido por mi COMPANIA DE SEGURO y/o DOCTOR QUE ME REFIRIO y cualquier Practicante de Medicina a quién el doctor pueda referir al paciente. Además, yo acepto responsabilidad financiera. Entiendo que si la información que he proveído a Southern Oregon Pediatrics es insuficiente para enviar factura de cobro o si los servicios dados al paciente no son pagados por mi seguro médico dentro de los límites del contrato, yo seré responsable por cualquier saldo pendiente, si lo hubiera. SI EL PACIENTE ESTA CUBIERTO POR EL OREGON HEALTH PLAN (PLAN DE SALUD DE OREGON), ENTIENDO QUE SI EL DIAGNOSTICO CAE POR DEBAJO DEL NIVEL YO SERE RESPONSABLE POR LA FACTURA DE COBRO POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DADOS AL PACIENTE.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____