

Ur Health Medical Centers INC.

Pediatrics

UHM, Inc- Registro de pediatra

Fecha: _____

Como supiste de nosotros? volantes amigo/ familia Escuela internet folleto compania de seguro Cartelera UHMC paciente: _____ Otro: _____

Informacion de Paciente

Nombre: _____

(Apellido)

(Segundo Nombre)

(Primer Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Sex: M F Seguro social#: _____

Direccion: _____ APT: _____ Ciudad: _____Codigo postal: _____

Numero de Telefono: _____ Otro Contacto: _____

Nombres de otros ninos que reciben servicios de nuestra practica: _____

Raza: Blanco Afroamericano Indio americano Asiatico Nativo de hawai / isla pacifico

Multirracial Otro _____

Etnia: Puertorriqueño Mexicano Cubano Haitiano ninguno de los Anteriores

INFORMACION DE SEGURO

Informaion del Seguro Primario:

Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Realacion de Paciente a Poliza: Propio Nino Otro: _____

Nombre De Seguro: _____ Fecha de Vigencia: _____ Co Pago: _____

ID de Seguro: _____ Grupo: _____ ID de Medicaid: _____

Médico de Atención Primaria: _____

Nombre de la farmacia: _____ Numero de Farmacia: _____

Informacion de Seguro secundario: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #SS: _____

Realacion de Paciente a Poliza: Propio Nino Otro: _____

Nombre De Seguro: _____ Fecha de Vigencia: _____ Co Pago: _____

ID de Seguro: _____ Grupo: _____ ID de Medicaid: _____

Información del tutor legal de los Padres

Padre tutor legal: _____
#SSN: _____ **DOB:** _____
Dirección: _____ **APT:** _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____
Telefono de casa : _____ **# De Trabajo:** _____ **Otro :** _____
Relacion a Paciente: ___ **Biológico** ___ **Adoptado** ___ **Other:** _____
Correo electronico: _____
Empleador: _____ **Teléfono del Empleador :** _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ **Teléfono de Contacto de Emergencia:** _____
Relación con el paciente : _____

Reconocimiento del Acuerdo Financiero

Responsabilidad del Pago : Reconozco que la aceptación de mi seguro no es una garantía de pago por mi plan de salud el reclamo ha sido aceptado y procesado. Entiendo además que si mi reclamación no es aceptada para el pago soy personalmente responsable del pago de los servicios médicos que me ha renered.

Responsabilidad por el co-pago : Acepto pagar todo el copago del plan de salud aplicable en el momento del servicio. Entiendo que si no pago mis copagos en el momento del servicio, y si posteriormente se genera un estado de cuenta de facturación de la oficina, seré responsable de hacer el pago total de cualquier saldo no pagado.

Fecha de Vencimiento del Pago : Yo comprender que todos los deducibles del plan de salud y los cargos por beneficios no cubiertos son adeudados y pagaderos a la presentación de la declaración de facturación de UR Health Medical Centers, INC.

UR Health Medical Centers, inc envía Estados de cuenta para los servicios prestados a un menor de 18 años al suscriptor del Seguro. Todos los pagos de co para niños menores de edad deben ser pagados en la corbata de servicio por el padre/tutor que acompaña al niño en la visita al pediatra.

Paciente o Autoriza la firma de las personas: Reconozco que he leído las políticas de pago anteriores de UR Health Medical Centers, inc , y cumplir con ellos yo también autorizo la liberación de cualquier información médica o de otro tipo necesario procesar esta reclamación.

Firma del Tutor: _____ **Fecha:** _____

Para la Oficina Solamente:

- Head Start paciente copia de la tarjeta de Seguro
 Copia de la Identificación de la Foto del Tutor legal Acta de Nacimiento personal pediátrico iniciales

