



Annopolis Pediatrics

Registro de Pacientes- Mayores de 18 años de edad

Sección I

Información del paciente

Fecha _____

de Seguro Social: _____

Nombre del

Paciente: _____

(Primer nombre)

(Segundo nombre)

(Apellido)

Nombre de preferencia: _____

Sufijo: _____

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: _____

Raza: Blanco Negro Hispano Asiático Americano nativo Otro

Etnia: Latino No Latino Rehusó

Idioma: Inglés Español Ruso Vietnamita Otro _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

E-mail: _____

Tel. de casa: (____) _____ Tel. de trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

El mejor número de contacto para mí es: Tel. de casa Tel. de trabajo Celular

Empleado: Sí No Estudiante

Empleador o Escuela: _____

Esposo/a o Nombre de padre / madre: _____

Persona para contactar en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted algún requerimiento específico para la comunicación por cuestión de audición, visión o cognitiva? Sí No

Favor de explicar: _____

Las dos preguntas siguientes buscan problemas de acceso para la atención médica. Si usted lo prefiere puede dejarlas en blanco.

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido dificultad para ir y venir de sus citas médicas? Sí No Sin respuesta

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para pagar su facture mensual de servicios públicos? Sí No Sin respuesta

Annapolis Pediatrics
Registro de Pacientes- Mayores de 18 años de edad

Sección II

Parte Responsable

de Seguridad social: _____

Parentesco al paciente: Yo Esposo/a Padre / Madre Otro

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

Empleador: _____ Tel. de trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Sección III

Información de Seguro médico

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco al paciente: _____

de Seguridad Social: _____ Nombre del empleador: _____

Compañía de seguros: _____ # de grupo: _____ ID #: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Plan de medicamentos: _____ # de ID de medicamentos: _____

Asistencia médica pendiente: Sí No

¿TIENE UD. ALGÚN SEGURO ADICIONAL? Sí No DE SER ASÍ, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco al paciente: _____

de Seguridad Social: _____ Nombre del empleador: _____

Compañía de Seguros: _____ # de grupo: _____ ID #: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo el pago directo a Annapolis Pediatrics de los beneficios de seguro médico de otra manera pagaderos a mí. Autorizo para aplicar a mi cuenta(s) todo el dinero recibido por Annapolis Pediatrics a mi favor. Autorizo el uso de mi firma para todos los cargos del seguro, ya sean manuales o electrónicos.

También doy mi permiso a Annapolis Pediatrics para divulgar información médica cuando se requiera por la compañía de seguros o las agencias de gobierno responsables por el pago de la cuenta. Entiendo que tengo responsabilidad financiera por cargos no cubiertos por los beneficios del seguro autorizados por la presente.

X _____
Firma del Paciente Fecha

Annapolis Pediatrics
Registro de Pacientes- Mayores de 18 años de edad

Annapolis Pediatrics
AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Se otorga permiso a los médicos, enfermeros practicantes y empleados de Annapolis Pediatrics de Maryland para realizar los procedimientos que sean necesarios para diagnosticar, tratar y atender mis necesidades incluyendo pero no limitado a procedimientos de rutina clínica y de laboratorios tales como pruebas de estreptococos y cultivos de garganta, análisis de orina, conteos sanguíneos completos (CBC, por sus siglas en inglés), hemoglobina, cateterismo urinario, extracción de cerumen (cera del oído), extracción de cuerpos extraños, drenaje de abscesos, atención a fracturas, inyecciones de medicamentos, y tratamiento de lesiones en la piel, verrugas, quemaduras y laceraciones.

Nombre del paciente: _____
(Favor de usar letra de molde)

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

La presente autorización permanecerá en vigor hasta tal fecha que sea revocada por escrito y entregada a Annapolis Pediatrics.

Las personas autorizadas para obtener o solicitar información médica de Annapolis Pediatrics respecto al cuidado, discutir la información financiera o cuenta y / o autorizar tratamiento.

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____