

Formulario de registro para pacientes Pediátricos

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| Paciente Pediátrico | | | | | | | |
| Apellido del paciente | | | Nombre | | | Inicial del segundo | |
| Fecha | Numero del seguro social | | Nombre preferido **Opcional** | | | Proveedor de atención primaria | |
| Domicilio | | | | | Dirección de correo electrónico | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal | Celular | | Teléfono alternativo | |
| Fecha de nacimiento | Idioma preferido | | | Raza | | Religión | |
| Sexo legal (Marque uno con un círculo) Femenino Masculino Desconocido | | | | | | | |
| Sexo asignado al nacer (Marque uno con un círculo) Femenino Masculino Desconocido No registrado en la partida de nacimiento Prefiero no revelarlo Incierto | | | | | | | |
| Identidad de genero (Marque una con un círculo) **Opcional** Femenino Masculino No binario Otro Mujer transexual/Masculino a femenino Hombre transexual/Femenino a masculino | | | | | | | |
| Orientación sexual (Marque una con un círculo) **Opcional** Asexual Bisexual Prefiero no revelarlo No lo se Lesbiana Gay Otra cosa Heterosexual (ni lesbiana ni gay) | | | | | | | |
| Persona responsable <i>de la facturación Titular del seguro</i> | | | | | | | |
| Nombre | | | | Relación con el paciente | | | |
| Domicilio | | | | Numero del seguro social | | Fecha de nacimiento | |
| Ciudad | | Estado | Código postal | Numero de teléfono | | Teléfono alterativo | |
| Empleador | | | Dirección del empleador | | | | |
| Información de contacto para emergencias | | | | | | | |
| Nombre | | | | Relación el paciente | | | |
| Domicilio | | | | | Numero de teléfono | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal | Teléfono alterativo | | | |

AVISO DE LA POLÍTICA DE REEMBOLSO DE SALDO DE CRÉDITO

Como parte de nuestro esfuerzo continuo por minimizar los costos administrativos asociados con los cargos de facturación y cobro por los servicios profesionales de nuestros médicos, no se procesan los reembolsos de saldos de crédito inferiores a \$5.00 para los pacientes que no han recibido servicios en nuestra red de atención medica por mas de 12 meses consecutivos (a menos que el paciente lo solicite especifica mente dentro de dicho periodo de 12 meses).