

# Registro del Paciente - Menor de Edad

# DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

Favor de completar ambos lados de esta forma

NOMBRE DEL MÉDICO	FECHA
-------------------	-------

### información del paciente 1 (favor de imprimir)

NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	CÓDIGO DE RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CONDADO	TELÉFONO CASA	CÓDIGO DE ORIGEN ÉTNICO

### información del paciente 2

NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	CÓDIGO DE RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CONDADO	TELÉFONO CASA	CÓDIGO DE ORIGEN ÉTNICO

### información materna (o del guardian legal)

NOMBRE DE LA MADRE (apellido, nombre, segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO
---	---------------------

### información paterna

NOMBRE DE LA PADRE (apellido, nombre, segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO
---	---------------------

DIRECCIÓN (si es diferente a la del paciente)	DIRECCIÓN (si es diferente a la del paciente)		
CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO CASA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	HOME PHONE #
OCUPACIÓN	TELÉFONO DE TRABAJO	OCUPACIÓN	TELÉFONO DE TRABAJO
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	TELÉFONO CELULAR / PAGER	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	TELÉFONO CELULAR / PAGER

### contacto en caso de emergencia

NOMBRE	RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> ABUELO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO (A)	<input type="checkbox"/> TIO(A) <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> OTRO
TELÉFONO CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO CELULAR

### seguro primario y secundario (adjunte copia de la parte de adelante y atras de su tarjeta de seguro)

COMPañIA DE SEGURO PRIMARIA	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN	CO-PAGO	FECHA EN EFECTO	RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRE / MADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO(S) <input type="checkbox"/> OTRO	NOMBRE DE LA COMPANIA EMPLEADORA
COMPañIA DE SEGURO PRIMARIA	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DEL GRUPO	NO. DE IDENTIFICACIÓN	CO-PAGO	FECHA EN EFECTO	RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRE / MADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO(S) <input type="checkbox"/> OTRO	NOMBRE DE LA COMPANIA EMPLEADORA

Certifico que la información que proporciono aplicable para pago bajo el Título XVIII del Social Security Act es correcta.

### autorización para liberación de información

Autorizo a esta identidad liberar cualquier información, a mi compañía de seguro o a sus agentes designados, relacionada con mi cuidado médico (físico y/o psicológico), consejos, tratamiento o suministros recibidos con el propósito de administración, revisión, investigación o evaluación del cubrimiento de pago y uso de servicios. Certifico que la copia de esta información es válida como su original. Notificaré por escrito a esta identidad de cualquier información que deseo no sea revelada.

FIRMA	FECHA
-------	-------

### designación de beneficios

Autorizo la designación de beneficios pagaderos a DUPAGE MEDICAL GROUP y/o sus designatarios de servicios médicos y suministros por el gobierno y/o cualquier otra tercera identidad. Comprendo que me hago responsable del pago de todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos.

### autorización de cargos adicionales

En el caso de que cualquier demanda o acción sea tomada para hacer el cobro de esta cuenta o cualquier porción de ella, el paciente/responsable será responsable de todos y cualquier gasto, no limitados a tarifas de abogado, costos de la corte, tarifas de cobros, interés y cualquier otro costo adicional a esta acción que puedan producirse.

### autorización de tratamiento

Estoy de acuerdo con cualquier examinación, tratamiento y procedimientos que pueden producirse durante visitas de oficina, incluyendo tratamiento de emergencia considerado como necesario por parte del médico y/o sus empleados.

FIRMA	FECHA
-------	-------



# Registro del Paciente - Menor de Edad

# DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

información del paciente 3				
NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	CÓDIGO DE RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CONDADO	TELÉFONO CASA	CÓDIGO DE ORIGEN ÉTNICO

información del paciente 4				
NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	CÓDIGO DE RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CONDADO	TELÉFONO CASA	CÓDIGO DE ORIGEN ÉTNICO

información del paciente 5				
NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	CÓDIGO DE RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CONDADO	TELÉFONO CASA	CÓDIGO DE ORIGEN ÉTNICO

información del paciente 6				
NOMBRE DEL PACIENTE (apellido, nombre, segundo nombre)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	CÓDIGO DE RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CONDADO	TELÉFONO CASA	CÓDIGO DE ORIGEN ÉTNICO

At DuPage Medical Group (DMG), we are united with one common goal – to care for you and your family. As part of this goal, DMG is focused on meeting Meaningful Use objectives to improve clinical quality and patient outcomes. “Meaningful Use” is a government program to ensure that healthcare professionals are utilizing their Electronic Medical Record (EMR) system efficiently to improve healthcare quality and patient safety.

A core Meaningful Use objective is to record patient demographics: preferred language, gender, race, ethnicity, and date of birth. The Race and Ethnicity categories below are defined by the Federal Office of Management and Budget (OMB) and the United States Census Bureau.

Please use the lists below when indicating your Race and Ethnicity:

### **RACE**

- R1** - American Indian or Alaska Native
- R2** - Asian
- R3** - Black or African American
- R4** - Native Hawaiian or Pacific Islander
- R5** - White
- R9** - Other

### **ETHNICITY**

- 1** - Hispanic or Latino ethnicity
- 2** - Non-Hispanic or Latino ethnicity

DuPage Medical Group understands that this is very personal and sensitive information. We want to assure you that this information will only be used as part of the Meaningful Use objectives.

