

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	RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELÉFONO CASA	LENGUA MATERNA

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	RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELÉFONO CASA	LENGUA MATERNA

información materna (o del guardian legal) información paterna

NOMBRE DE LA MADRE (apellido, nombre, segundo nombre)		FECHA DE NACIMIENTO	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"/> TIO(A) <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> ABUELO(A) <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> HERMANO (A)		
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)

COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA EMPLEADORA		
COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA EMPLEADORA		

<i>Certifico que la información que proporciono aplicable para pago bajo el Título XVIII del Social Security Act es correcta.</i>	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 beneficiarios

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	RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELÉFONO CASA	LENGUA MATERNA	

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	RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELÉFONO CASA	LENGUA MATERNA	

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	RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELÉFONO CASA	LENGUA MATERNA	

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	RAZA
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELÉFONO CASA	LENGUA MATERNA	