

**PEDIATRIC CLINIC**  
**INSCRIPCION DE PACIENTES Y HOJA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**  
*Escribe en letra de molde por favor*

**NOMBRE DEL PACIENTE** *PATIENT NAME* : \_\_\_\_\_  
Apellido / primer nombre/inicial del Segundo nombre  
Fecha de Nacimiento *DOB*: \_\_\_\_\_ Mes/dia/año Varon *Male* \_\_\_\_\_ Mujer *Female* \_\_\_\_\_

**El niño/a vive con** *child lives with*: \_\_\_\_\_ **Relacion:** \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres (haga un circulo) soltero/a casado/a viudo/a divorciado/a separado/a  
Nombre del esposo/a: \_\_\_\_\_

<b>Datos del padre</b> <i>Father's Information</i> :		
Nombre del padre: _____	Fecha de nacimiento <i>DOB</i> : _____	SS# _____
Apellido / Primer nombre / Inicial del Segundo nombre		mes/dia/año
<b>Direccion/mailling address:</b> _____		
Direccion fisica: _____	Direccion _____	ciudad _____ codigo postal _____
<b>Numero de telefono :</b> Casa: (____) _____ Celular/Localizador: (____) _____		
Telefono del trabajo del padre: (____) _____ Nombre de la compania: _____		

<b>Datos de la madre:</b> <i>Mother's information</i>		
Nombre de la madre: _____	Fecha de nacimiento <i>DOB</i> : _____	SS# _____
Apellido /Primer nombre/ Inicial del Segundo nombre		mes/dia/año
<b>Direccion/mailling address:</b> _____		
Direccion fisica: _____	Direccion _____	ciudad _____ codigo postal _____
<b>Numero de telefono:</b> Casa: (____) _____ Celular/Localizador: (____) _____		
Telefono del trabajo de la madre (____) _____ Nombre de la compania _____		

<b>Datos de otra persona con custodia del niño/a:</b> Relacion: _____		
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	SS# _____
Apellido Primer nombre/ inicial del Segundo nombre		mes/dia/año
<b>Direccion:</b> _____		
Direccion fisica: _____	Direccion _____	ciudad _____ codigo postal _____
<b>Numero de telefono:</b> Casa: (____) _____ Celular/Localizador: (____) _____		
Telefono del trabajo (____) _____ Nombre de la compania: _____		

<b>Datos del seguro de salud:</b>	
<b>Seguro primario:</b> _____	numero de identificacion _____
Numero del grupo _____	Nombre del subscriptor: _____
Fecha de nacimiento: _____	Relacion al niño/a: _____
Mes/dia/año	
Patron: _____	Numero de telefono: _____
<b>Seguro secundario:</b> _____	
numero de identificacion _____	
Numero del grupo _____	Nombre del subscriptor: _____
Fecha de nacimiento: _____	Relacion al niño/a: _____
Mes/dia/año	

**PEDIATRIC CLINIC**  
**INSCRIPCION DE PACIENTES Y HOJA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**  
**Escribe en letra de molde por favor**

Patron: _____	Numero de telefono _____
---------------	--------------------------

**Personas a quienes usted autoriza para buscar cuidado medico para sus hijo/as:** \_\_\_\_\_

Un amigo o pariente que no vive con usted que podemos contactar en caso de una emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de telefono ( ) \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Otros niños por quienes usted es responsable que han sido pacientes de la clinica:  
\_\_\_\_\_

## REGLAMENTOS FINANCIEROS DE LA PEDIATRIC CLINIC

En el interés de la buena practica de medicina, es deseable establecer reglamentos de crédito para evitar los malos entendidos. Nuestra responsabilidad principal es ayudar a nuestros pacientes a tener buena salud y queremos esforzarnos por lograr ese fin.

- Toda cuenta se debe pagar en el día de la cita, a menos que se hagan arreglos específicos con el gerente de pagos. Habrá un descuento para las que no tienen un seguro medico de 15% si se paga la cuenta entera en la ocasión de la visita.
- Al llegar la factura mensual, debe pagar la cuenta.
- Si usted nos proporciona la información y los formularios necesarios podremos cobrar a su compañía de seguro medico. Aunque tenga cobros que se han mandado a la compañía de seguros pero que no se han pagado todavía, recibirá una factura del estado de la cuenta cada mes. Usted es responsable del pago de la cuenta al recibir la factura mensual del estado de cuentas. Todo co-pay se debe pagar el día de la visita. Habrá un cobro de \$6 por cada co-pay no pagada.
- Si falta una cita para un examen físico sin avisar al menos 24 horas de antemano, habrá un cargo de \$20.00. Al faltar la tercera cita sin avisar de antemano, habrá un cargo de \$10.00.

HE LEIDO ESTOS REGLAMENTOS FINANCIEROS Y ENTIENDO QUE, A PESAR DEL SEGURO MEDICAO QUE TENGO, YO SOY EL RESPONSABLE DEL PAGO DE MI CUENTA. ENTIENDO QUE TODA CUENTA NO PAGADA SERA ASIGNADA A UNA AGENCIA DE COLECCIONES. SI LLEGA A SER NECESARIO EFECTUAR LA COLECCIÓN DE CUALQUIER CANTIDAD DE DINERO DEBIDO POR ESTA VISTA O VISTAS FUTURAS, YO PROMETO PAGAR LOS GASTOS DE COLECCIÓN, INCLUSO EL PRECIO DE ABOGADO. ESTO ASEGURA QUE NUESTROS PACIENTES RESPONSABLES NO SEAN PENALIZADOS PARA CUBRIR LOS GASTOS INCURRIDOS POR LOS QUE NO PAGAN A TIEMPO.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE en letra de molde: \_\_\_\_\_