



Fecha:

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Apellidos:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Nombres:	Raza:	Idioma Nativo:
Dirección del Domicilio:	No. de Seguro Social:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	No. Telefónico en Casa:	
Médico que refiere:	Pediatra:	
Medicinas que toma actualmente:		
<u>Alergias a Medicinas:</u>		
INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN		
Apellidos:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Nombres:	Raza:	Idioma Nativo:
Relación con el Paciente:	Estado Civil:	
Dirección del Domicilio:	No. de Licencia de Manejar:	Fecha Expiración
Ciudad, Estado, Código Postal:	No. de Seguro Social:	
Correo Electrónico:	No. Telefónico en Casa:	
No. Celular:	Biper:	
Empleador:	No. Telefónico del Trabajo:	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:	
INFORMACIÓN DE LA MADRE O GUARDIÁN		
Apellidos:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Nombres:	Raza:	Idioma Nativo:
Relación con el Paciente:	Estado Civil:	
Dirección del Domicilio:	No. de Licencia de Manejar:	Fecha Expiración
Ciudad, Estado, Código Postal:	No. de Seguro Social:	
Correo Electrónico:	No. Telefónico en Casa:	
No. Celular:	Biper:	
Empleador:	No. Telefónico del Trabajo:	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO		
Asegurador Primario:		Nombre del Asegurado:
Dirección:		No. de Póliza:
Ciudad, Estado, Código Postal:		Nombre/Número de Grupo:
Teléfono:		Fecha de Nacimiento:
Vigente desde:		Relación con el Paciente:
Asegurador Secundario:		Nombre del Asegurado:
Dirección:		No. de Póliza:
Ciudad, Estado, Código Postal:		Nombre/Número de Grupo:
Teléfono:		Fecha de Nacimiento:
Vigente desde:		Relación con el Paciente:

SI USTED TIENE SEGURO DE TERCEROS, POR FAVOR DÉJENOSLO SABER

APELLIDOS:

NOMBRES:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo por este medio al Children's Heart Center (**CHC**) para proporcionar en caso de necesidad servicios médicos regulares o de emergencia, por el beneficio del paciente antes mencionado, quien es un menor de edad. Esta autorización será válida y tendrá pleno efecto hasta que por escrito yo la revoque.

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o del Padre/Guardián si es un menor de edad

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, certifico que el paciente es un dependiente elegible en la póliza del seguro provista. Autorizo a los doctores del **CHC** para que provean toda la información que sea necesaria a la anteriormente nombrada compañía de seguros acerca de mi enfermedad o accidente. Transfiero directamente a los doctores del **CHC** todos los beneficios del seguro, si alguno, que me sean pagables por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los costos, sean o no pagables por el seguro. Autorizo el uso de esta certificación en todos los reclamos enviados a la compañía de seguros. Notificaré por escrito al **CHC** de cualquier cambio en mi cubrimiento o del menor en la póliza del seguro. Esta autorización será válida y tendrá pleno efecto hasta que por escrito yo la revoque.

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o del Padre/Guardián si es un menor de edad

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Yo testifico que se me ha entregado el aviso de confidencialidad de la práctica del **CHC**

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o del Padre/Guardián si es un menor de edad

INFORMACIÓN DEL CONTACTO SECUNDARIO

Autorizo al **CHC** para entrar en contacto con la persona enumerada abajo (quién no vive con el paciente) para obtener información adicional o para facilitar la asignación de citas. El **CHC** puede discutir la información médica confidencial con este contacto si el **CHC** no puede localizar a las partes responsables.

Nombre:	Relación con el Paciente:
No. Telefónico en Casa	No. Telefónico en el Trabajo:
No. del Celular:	Pager:

EMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DE UN NIÑO MENOR DE EDAD

Los siguientes individuos y/o las agencias están autorizados para aceptar y proveer tratamiento a nombre de mi hijo menor de edad.

_____ Nombre Completo	_____ Relación con el Paciente:
_____ Nombre Completo	_____ Relación con el Paciente:
_____ Nombre Completo	_____ Relación con el Paciente:
_____ Nombre Completo	_____ Relación con el Paciente:

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o del Padre/Guardián si es un menor de edad

AUTORIZACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)

Autorizo por este medio al **CHC** para utilizar cualquier dirección electrónica que yo haya provisto para contactarme.

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o del Padre/Guardián si es un menor de edad