



# PENTA

PEDIATRIC EAR, NOSE & THROAT OF ATLANTA, P.C.

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE



### Putting Your Child First

4 0 4 . 2 5 5 . 2 0 3 3

Paciente \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de domicilio \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Razón por la visita \_\_\_\_\_ ¿Es el paciente alérgico a algún medicamento?  Si  No Si lo es, detalle \_\_\_\_\_

Enviado por \_\_\_\_\_ Pediatra \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_ Teléfono del pediatra \_\_\_\_\_

Nombre de hermanos tratados en este consultorio \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo Apellido

Estoy de acuerdo en que se use mi correo electrónico para recibir información \_\_\_\_\_

#### LA INFORMACIÓN QUE SIGUE ES NECESARIA PARA AVISAR AL SEGURO

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ #Seg.Soc. \_\_\_\_\_

Patrono del padre \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del la madre \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ #Seg.Soc. \_\_\_\_\_

Patrono del la madre \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres (ponga círculo en uno)  Soltero/a  Casados  Separados  Divorciados  Otro

**Cía. de Seguro Principal** \_\_\_\_\_ Patrono \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ #Seg.Soc. \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente (Ponga círculo en uno)  Madre  Padre  Padrastro  Madrastra / Padre adoptivo  Otro

#ID \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

**Cía. de Seguro Secundaria** \_\_\_\_\_ Patrono \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ #Seg.Soc. \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente (Ponga círculo en uno)  Madre  Padre  Padrastro  Madrastra / Padre adoptivo  Otro

#ID \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

#### SE SOLICITA PAGO AL TERMINAR LA VISITA.

Por la presente le autorizo a Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta (PENTA) a obtener expedientes de otras fuentes según lo requiera el tratamiento de este paciente, a divulgar información a otras entidades profesionales involucradas en el cuidado y tratamiento de este paciente y a divulgar información a la compañía de seguro según sea necesario para registrar cargos contraídos por este paciente. Además, estoy de acuerdo en que al firmar este formulario, le autorizo a PENTA divulgar información relacionada con este paciente a toda persona cuyo nombre esté mencionado arriba. Por la presente, autorizo que el pago de beneficios de seguro que se me deba, se le haga directamente a PENTA. Entiendo que soy responsable de todo cargo contraído. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.

Para los casos de "divorcio" o "custodia", PENTA reconoce al adulto que firme a continuación como "Padre/Madre o Parte Responsable" ser el fiador responsable de la cuenta de tal paciente en todo caso sin excepción.

Entiendo además que es la responsabilidad de la parte custodial de obtener recomendaciones para ver a otros médicos y que PENTA no se responsabiliza de obtener recomendaciones.

Padre/Madre o Parte Responsable

Parentesco con el paciente

Fecha

RESTABLECER FORMA