FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

PENTA
Pediatric ENT of Atlanta
Where Children Are First™

Paciente Nombre _____ _____ _____ Apodo _____
Primer Segundo Apellido

Dirección _____ _____ _____ _____ _____
Calle 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 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 padres/guardian _____ Relacion _____ Fecha nacimiento ___/___/_____

Patrono del padres/guardian _____ Trabajo # ____ - ____ - _____ Cell # ____ - ____ - _____

Nombre del padres/guardian _____ Relacion _____ Fecha nacimiento ___/___/_____

Patrono del padres/guardian _____ Trabajo # ____ - ____ - _____ Cell # ____ - ____ - _____

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 ___/___/_____

Parentesco con el paciente (Ponga círculo en uno) ❍ Madre ❍ Padre ❍ Padrastro ❍ Marastra/Padre Adoptivo ❍ Otro

ID#/Contract# _____ Grupo# _____ Nombre del Grupo _____

Cía. de Seguro Secundaria _____ Patrono _____

Nombre del asegurado _____ Fecha nacimiento ___/___/_____

Parentesco con el paciente (Ponga círculo en uno) ❍ Madre ❍ Padre ❍ Padrastro ❍ Marastra/Padre Adoptivo ❍ Otro

ID#/Contract# _____ 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 cuido 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