



Little Buddies Pediatric Clinic

Dr. Luis A. Lopez, MD.



Información de Paciente (Toda Información Es Requerida)

Nombre de paciente: _____ Nombre Preferido (si diferente): _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____ # Seguro social: _____ -- _____ -- _____

Dirección de casa: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de padre/guardián (Toda Información Es Requerida)

1. Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ # Seguro social: _____ -- _____ -- _____

Licencia de conducir: _____ Estado _____

Dirección (si es diferente de arriba): _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono Preferido: Casa Celular Trabajo Empleador: _____

2. Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ # Seguro social: _____ -- _____ -- _____

Licencia de conducir: _____ Estado _____

Dirección (si es diferente de arriba): _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono Preferido: Casa Celular Trabajo Empleador: _____

Contacto de emergencia (Toda Información Es Requerida)

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Información de Seguros (Toda Información Es Requerida)

Compañía de seguros: _____ Teléfono de seguro: _____

Identificación de seguro: _____ # Grupo: _____

Código de Beneficio: _____ Fecha de Efecto: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro social ____--____--____ Relación al paciente: _____

Desafortunadamente en este momento no aceptamos seguro secundario. Si los beneficios de su seguro no pueden ser verificados a la hora de su servicio usted tiene la opción de pagar con cash, cheque, o tarjeta de crédito, o de hacer una nueva cita. Todos los pagos son al momento de la visita.

Farmacia preferida: _____ Teléfono de farmacia: _____

Idioma preferida: Español Inglés

De acuerdo con la Ley de Salud, por favor seleccione la raza y origen étnico del paciente:

Raza: Blanco

Negro

Asiático

Indio Americano

Hawaiano o de las Islas del Pacífico

Declinar

Etnicidad: Hispano o Latino

No Hispano o Latino

Negarse a Responder

Asignación de beneficios/Acuerdo financiero (Requerida)

Yo autorizo el pago de beneficios de seguro al hacerse directamente al Dr. Luis A. Lopez y a cualquier asistente médico por servicios dados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos aunque no estén cubiertos por mi seguro. En el caso de defecto, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de las colecciones y los honorarios razonables del abogado. Por este medio autorizo este proveedor de atención medica a soltar la información necesaria para para asegurar el pago de beneficios. Además acepto que una foto copia/copia escaneada de este acuerdo será tan válida como la original.

¿Nos concede permiso para presentar información acerca de la vacuna al registro de la inmunización local?

Por favor, marque uno: Sí No

Firma de padre/guardián

Fecha