



KENSINGTON – GAITHERSBURG
Formulario De Registracion

Nombre de la persona llenando el formulario: _____

Relacion al paciente: _____

(Si usted no es el padre o tutor legal, por favor informele a los padres que deben estar presentes para firmar documentos legales)

A. INFORMACION DEL PACIENTE (Use el nombre que esta escrito en el seguro o certificado de nacimiento)

Apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Sexo: Niña/ Niño

Segundo nombre del paciente: _____

Etnicidad (Raza): _____

Dirección: _____

Idioma: _____

_____ Apt# _____

No. de Telefono: _____

Código postal: _____ Estado: _____

INFORMACION DE MADRE/GUARDIAN #1

Apellido: _____

No. de Telefono: _____

Primer Nombre: _____

No. de Celular: _____

Dirección (Si es diferente al la del niño) _____

No. de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Empleado por: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN #2

Apellido: _____

No. de Telefono: _____

Primer Nombre: _____

No. de Celular: _____

Dirección (Si es diferente al la del niño) _____

No. de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Empleado por: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

B. CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona que no este escrita en la seccion A)

Apellido: _____

Relacion al paciente: _____

Primer Nombre: _____

No. de Telefono: _____

Dirección (Si es diferente al la del niño) _____

Correo electrónico: _____

HERMANOS

Hermano/a #1: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Hermano/a #2: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Hermano/a #3: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Personas autorizada aparte de los padres en traer al paciente para discutir y tomar decisiones medica:

Persona #1: _____

Persona #2: _____

Persona #3: _____

C. SEGURO DEL ESTADO

Numero de Medicaid (la tarjeta blanca y roja) _____

Nombre del seguro: _____ Numero de seguro: _____

Solo participamos con: Amerigroup, Priority Partners, y Riverside, y MCOs.

Esta su hijo cubierto por otro seguro privado (a través de su trabajo, esposa/esposo, etc.)? SI/NO

Por favor tome en cuenta que: De acuerdo con Maryland Medicaid, si usted o su niño esta cubierto por otro seguro medico, Medicaid siempre sera el de cobertura secundaria y su seguro privado recibira los primeros cobros de acuerdo a que los beneficios sean coordinados apropiadamente. Usted es responsable de dejar saber a Medicaid si tiene otro seguro. Si usted no provee esta informacion y las visitas no son cubiertas por Medicaid, usted sera responsable de cualquier balance que la cuenta de su hijo/a tenga.

D. SEGURO PRIVADO

Nombre de seguro primario _____ Numero de seguro: _____
Nombre del suscriptor: _____ Numero de grupo: _____
(Persona que se inscribio en el plan de salud)
Fecha de nacimiento del suscriptor ____/____/____ Telefono de empleador: _____
No. de seguro social: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre de otro seguro _____ Numero de seguro: _____
Nombre del suscriptor: _____ Numero de grupo: _____
(Persona que se inscribio en el plan de salud)
Fecha de nacimiento del suscriptor ____/____/____ Telefono de empleador: _____
No. de seguro social: _____ Relacion al paciente: _____

E. CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

Yo autorizo el uso y/o revelacion de informacion medica de mi hijo/hija para tratamiento, pago y otras operaciones de atencion medicas, de acuerdo con la ley de: Asegurancia, Salud, accountability y portabilidad efectiva a partir del 14 de Abril del 2003 (HIPPA) para sus siglas en ingles. Se me ha dado la oportunidad de revisar una copia del "Informe de privacidad". Se me ha dado la oportunidad de revisar el informe de "CIQN". Entiendo que informacion del paciente sera guardada electronicamente para los records de mi proveedor primario y que un resumen medico estara disponible para otros proveedores a travez de CIQN. Entiendo que tengo derecho de no aceptar que otros proveedores tengan acceso a los records de informacion medica a travez de CIQN. (Por favor dejenos saber en caso de que usted decida que la informacion medica no sea compartida)

Autorizo que el seguro tenga acceso de informacion medica y autorizo que los beneficios de la asegurancia sean pagados directamente a International Pediatrics, PA, y que yo podria ser responsable de pagar cualquier servicio que no este cubierto por el seguro. Los servicios medicos seran submitidos a la compania de seguro de acuerdo con la informacion que y usted nos haya proveido. Si los pagos no son recibidos despues de 60 dias del dia de servicio o debido algun error en la informacion del seguro que usted nos haya proveido el dia de su visita, la cuenta sera enviada a una agencia de coleccion y podran haber cargos extras.

Una vez firme esta forma esta autorizando que apliquemos ciertos tratamientos medicos, diagnosticos/ y/o tratamientos terapeuticos y/o cirugia que nuestros doctores requieran para proveerles el cuidado a usted y/o su hijo/hija(s).

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del padre/tutor: _____