

PEDIATRIC ASSOCIATES OF CHARLOTTESVILLE, PLC

EXPEDIENTE DE REGISTRACIÓN PARA PACIENTES

USO OFICIAL
DATE

INITIAL

FAMILY HISTORY NUMBER

PADRE

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
EMPLEADOR	OCUPACIÓN	

MADRE

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
EMPLEADOR	OCUPACIÓN	

ESTADO MATRIMONIAL

SOLTEROS CASADOS SEPARADOS DIVORCIADOS VIUDO(A)

DIRECCIÓN POSTAL

CALLE	APARTAMENTO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

PERSONA RESPONSABLE PARA LA CUENTA

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA		
NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE GRUPO
NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIO	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE GRUPO

NÚMEROS DE TELÉFONO

CASA _____

TRABAJO DE MADRE _____

TRABAJO DE PADRE _____

OTRO _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

(ALGUIEN QUE NO SE UNO DE LOS PADRES DEL PACIENTE)

NOMBRE _____

PARENTESCO CON PACIENTE _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

DOCTOR PRINCIPAL EN ESTA OFICINA _____

NIÑOS EN ORDEN DE NACIMIENTO

POR FAVOR SUBRAYAR O INCLUIR EL APODO DEL PACIENTE

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -
_____	_____	_____	_____	M_F	- -

**POR FAVOR
LEER Y
FIRMA
ATRÁS DEL
FORMULARIO**

Autorización para tratamiento y acuerdo sobre responsabilidades financieras

Autorización para el Tratamiento de un Menor

Siendo el firmado, garantizo que soy el padre/madre de el(los) paciente(s) registrados en el Expediente de Registro para Pacientes. Autorizo a los médicos, enfermeras, y asistentes de Pediatric Associates of Charlottesville, PLC para dar al paciente el cuidado médico y proveer los diagnósticos que sean necesarios para el mantenimiento de buena salud. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que cuando se recibe tratamiento médico existen riesgos y beneficios. Reconozco que es imposible garantizar que el examen físico y el tratamiento administrado resulten en la mejoría de mi hijo(a).

Autorización sobre información Médica

Entiendo que Pediatric Associates of Charlottesville, PLC suministrará información médica de los pacientes nombrados en el Expediente de Registro a compañías de seguro, especialistas, u otros doctores cuando sea necesario.

Autorización para Asignación de Beneficiarios del Seguro

Autorizo a Pediatric Associates of Charlottesville, PLC para enviar los cargos al seguro y obtener los pagos de los servicios prestados a mi niño(a). Solicito que mi seguro haga los pagos directamente a Pediatric Associates of Charlottesville, PLC.

Acuerdo sobre Responsabilidad Financiera

Acepto la responsabilidad financiera para todos los servicios médicos. Soy responsable por todos los cargos que sean negados o no cubiertos, deducibles, y co-payments. Entiendo que si dejo de pagar estos cargos de acuerdo con las reglas de Pediatric Associates of Charlottesville, PLC, o si dejo de cumplir mi obligación financiera de los servicios médicos, Pediatric Associates of Charlottesville, PLC puede dejar de ver a mi hijo(a) como paciente en sus oficinas de acuerdo con las leyes del Estado de Virginia. También, si dejo de cumplir mi obligación financiera, estoy de acuerdo con que tengo que pagar todos los gastos asociados con acciones de colección, incluyendo gastos de abogados, cortes, y agencias de colección, pero no más de 33.3% del total de la obligación financiera.

Tengo el conocimiento que si los pacientes no tienen seguro médico, yo me veré obligado a pagar un depósito antes de cada visita a la oficina. Además entiendo que el pago del depósito representa solamente una parte de la cuenta total que puede ser cobrada por servicios médicos y que yo recibiré una cuenta con el total de todos los gastos incurridos que prometo pagar en su totalidad de acuerdo con las reglas de crédito y cobros de Pediatric Associates of Charlottesville, PLC.

Consentimiento de la ley sobre los virus de la Hepatitis B o C o del SIDA (HIV)

La ley de Estado de Virginia (VA Código 32.1 – 45.1) dicta que si el doctor, enfermera, o empleado de una oficina médica ha sido accidentalmente expuesto a algún líquido corporal del paciente (en particular sangre) y existe la posibilidad de que haya riesgo de transmitir el virus de la Hepatitis B o C o el virus del SIDA (HIV), el paciente (o, en este caso, el padre/guardián) está obligado a consentir que se practiquen los exámenes de laboratorio correspondientes para descartar la posibilidad de estas infecciones. Los resultados de laboratorio se harán disponibles a la(s) persona(s) expuesta(s) accidentalmente. Si el paciente o los padres reusan a que este examen sea practicado, la persona expuesta accidentalmente puede recurrir a la Corte Distrital para que ordene este examen se lleve a cabo de acuerdo con la ley.

Certificación de Información

Certifico que la información que he suministrado en este Expediente es correcta y entiendo que cualquiera declaración falsa u omisión de datos pueden ser enjuiciados bajo las leyes federales y estatales vigentes. Además, el firmado certifica que él/ella ha leído, entiendo completamente y acepta la información proveída, los términos y condiciones, y que es el padre/guardián del paciente, autorizado para ejercer las responsabilidades mencionadas y aceptar los términos.

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____