



BIENVENIDO A NUESTRA CLINICA

Informacion del Paciente

Nombre del niño/a: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo al Nacer: M F (circule uno)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Correo Electrónico: _____

Cómo se enteró de nuestra oficina: _____ Farmacia: _____ Proveedor Preferido: _____

Raza: | *Indio Americano o Nativo de Alaska* | | *Caucasico(Blanco)* | | *Negro* | | *Isleno del Pacifico* | | *Rechazo contestar* |

Origen Etnico: | *Hispano* | | *No Hispano* | | *Rechazo contestar* | Idioma: | *Ingles* | | *Espanol* | Otro: _____

Información de los Padres

(Madre o Tutor)

Nombre Completo: _____ Relacion: _____

Dirección(si es diferente) _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Celular:(____) _____ Trabajo:(____) _____

(Padre o Tutor)

Nombre Completo: _____ Relacion: _____

Dirección(si es diferente) _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Celular:(____) _____ Trabajo:(____) _____

Contacto de Emergencia: _____ Celular:(____) _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Direccion: _____ Relacion: _____

Seguro Principal

Nombre del Susribidor: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre de Poliza: _____ #de Poliza: _____ #de Grupo: _____

Seguro Secundario

Nombre del Susribidor: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre de Poliza: _____ #de Poliza: _____ #de Grupo: _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN:

Yo autorizo a la Clínica *Castle Valley Children's* de revelar en su totalidad o parcial el historial médico del paciente y/o cobros de la clínica (incluida la información relacionada con el abuso de alcohol o drogas, enfermedades psiquiátricas o información relacionada con enfermedades contagiosas como el VIH) a toda persona o corporación (i), que es o puede ser responsable o está bajo contrato con la Clínica *Castle Valley Children's* para reembolso, subrogación y/o recuperación directa y coordinación de beneficios para este y todos los reclamos futuros incluyendo pero no limitado a un hospital / empresas de servicios médicos, compañías de compensación de trabajadores, fondos de bienestar , agencias gubernamentales y (ii) cualquier otro proveedor de atención médica que continúe con el cuidado del paciente. Excepto, como anterior mencionado, la Clínica *Castle Valley Children's* requiere del paciente, o en el caso de un menor de edad, uno de los padres naturales o tutor legal, un consentimiento por escrito para revelar información sobre el paciente. También estoy de acuerdo que en todos los casos, los registros médicos originales (incluyendo radiografías y muestras de laboratorio) siguen siendo propiedad de la Clínica *Castle Valley Children's*

Firma: _____ Fecha: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

En caso de que el paciente, o el/la representante autorizado(a) que firma a continuación, tenga derecho a beneficios de cualquier tipo que surjan de cualquier póliza de seguro que cubra al paciente o cualquier otra persona responsable por el paciente, dichos pagos se cederán a la Clínica *Castle Valley Children's* para aplicarlo a la factura del paciente. Dicho pago liberará a la compañía de seguros de cualquier obligación bajo la póliza en la medida que el pago se ha realizado correctamente de acuerdo con los términos de la póliza. El suscripto seguirá siendo responsable de cualquier cargo y todos aquellos cargos no pagados por la compañía de seguros y /o aquellos no cubiertos por esta asignación.

Cedo los beneficios de pago a la organización por sus servicios o autorizo a dicha organización a presentar una reclamación de pago. Todos los beneficios de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que cubra al paciente, o cualquier otra persona responsable por el paciente, quedan asignados a la Clínica *Castle Valley Children's*.

Firma: _____ Fecha: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Estoy de acuerdo en que a cambio de los servicios prestados al paciente por la Clínica *Castle Valley Children's* , o de otros proveedores de atención médica, voy a pagar la cuenta del paciente antes de darle de alta o hacer arreglos financieros satisfactorios a la Clínica *Castle Valley Children's* u otros proveedores de pago. Yo entiendo y estoy de acuerdo (independientemente de mi situación de seguro médico) asumir la plena responsabilidad financiera de todos los gastos incurridos, incluyendo cobros de colección, intereses, honorarios de abogados y costos judiciales.

Firma: _____ Fecha: _____
Si desea una copia de este acuerdo, por favor solicítela en la recepción cuando regrese su documentación.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

Al firmar, declaro que soy el padre natural o tutor legal y tengo la custodia legal de _____, un menor, de edad _____, nacido el _____. Doy permiso para que la *Clínica Castle Valley, Inc.* lleve a cabo o administre el examen, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico y /o tratamiento bajo la supervisión general o especial, y con el asesoramiento de un médico o cirujano con licencia en el Estado de Colorado, cuando dicho tratamiento sea necesario, y cuando los esfuerzos de comunicarse conmigo no tienen éxito.

Esta autorización se mantendrá vigente por un (1) año desde la fecha de la firma a menos que sea revocada por escrito y entregado a la Clínica *Castle Valley Children's*.

Firma: _____ Fecha: _____
Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE PACIENTE

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de los derechos a la privacidad de nuestros pacientes, y cómo podemos utilizar y revelar información de salud protegida (PHI) de nuestros pacientes. La reglamentación federal requiere que se brinde a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados la oportunidad de revisar nuestro aviso antes de firmar este acuerdo de recibo. Una copia de nuestra política de privacidad está disponible en la recepción.

Al firmar este formulario usted reconoce que tenemos a su disposición un acceso inmediato a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha _____

Escriba el nombre en letra en molde del paciente o del Representante Autorizado