

MATRICULA PACIENTE
All About Children Pediatric Partners, P.C.

I. INFORMACION PACIENTE:

Nombre Paciente: _____ Número de cuenta: _____ Fecha: _____
Número del seguro social: _____ El sexo: El macho / Hembra Fecha de nacimiento _____ La edad: __ años __ meses
La persona con quién Niño vive: (Madre / Padre / Abuelo / In loco parentis / Guardián / Otro: _____)
Dirección: _____
Email: _____ Llame en casa: _____ Teléfono celular: _____
El hermano Denomina: _____
Nombre de madre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número del seguro social _____
Dirección: _____ Llame en casa: _____ Teléfono celular: _____
Nombre de padre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número del seguro social _____
Dirección: _____ Llame en casa: _____ Teléfono celular: _____

II. INFORMACION de SEGURO:

Plan primario de Seguro: Comience la fecha: _____ Fecha de terminación: _____ Copay: \$ _____
Compañía de seguros: _____ Número de Suscripción _____ Agrupe Número: _____
Nombre de Poseedor de Suscripción: _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____
La relación al paciente: (Madre/Padre/Paciente/Otro _____) Contacte Teléfono en la Tarjeta de Seguro: _____
Empleador: _____ Número de teléfono de empleador: _____
Plan Secundario de Seguro: Comience la fecha: _____ Fecha de terminación: _____ Copay: \$ _____
Compañía de seguros: _____ Número de Suscripción _____ Agrupe Número: _____
Nombre de Poseedor de Suscripción: _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____
La relación al paciente: (Madre/Padre/Paciente/Otro _____) Contacte Teléfono en la Tarjeta de Seguro: _____
Empleador: _____ Número de teléfono de empleador: _____
Número de ACCESS (PA Medicaid): _____

III. La INFORMACION MEDICA SOBRE PACIENTE: Alergias: _____

¿Tiene a síél jamás tuvo la enfermedad de Varicela? (Círculo): Yes / No Birthplace (State or Country): _____

Compita (rodea por favor TODO que aplica):

Blanco (Caucásico) / Negro (africano) / asiático / medio-oriental/indio / American Indian / polinesio / Otro: _____
Hispano: (Rodea por favor origen también) : de america central / cubano / mexicano / puertorriqueño / sudamericano /
Otro (especifica por favor) _____

El idioma: Inglés, español, árabe, camboyano, chino, francés, alemán, griego, pashto, polaco, rumano, ruso, turco, vietnamita,
Otro (especifica por favor): _____

IV. AUTORIZACION:

- Autorizo cualquier tratamiento necesitado para el cuidado apropiado de mi niño por All About Children Pediatric Partners, PC.
- Autorizo pago por mi compañía de seguros directamente a AACPP de algún beneficio médico/quirúrgico para los servicios rendidos.
- Comprendo que soy financieramente responsable a AACPP para todos pagos debidos que no son cubiertos por el plan aplicable de seguro (planes).
- Autorizo la liberación de cualquier información adquirida en el curso de mi examen o el tratamiento a todas mis compañías de seguros de la cubierta a procesar mis reclamos y/o a una referencia profesional si tal, médico y legítimo es necesario.

Firma: _____ Fecha: _____ Rev: 5/6/09