



## Formulario de información del paciente

### Información del padre/madre

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

NSS: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Hombre  Mujer

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Tel. celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

¿Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

### Información del otro padre

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

NSS: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Hombre  Mujer

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información de facturación

Pago privado (No asegurado/a)

Seguro (Primario) Fecha efecto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Comp. aseguradora: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Tomador póliza: \_\_\_\_\_ Fecha nacim.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Núm. Póliza: \_\_\_\_\_

Núm. Grupo: \_\_\_\_\_ Cantidad copago: \$ \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratamiento:** Autorizo a los médicos y personal de la clínica de Metropolitan Pediatrics, LLC, para realizar exámenes físicos y servicios rutinarios, solicitar y realizar pruebas y administrar el tratamiento que el médico examinador considere necesario. En caso de llevarse a cabo el tratamiento, el médico me informará plenamente acerca de la naturaleza del procedimiento, las alternativas al tratamiento y los riesgos que implica. Se me dará la oportunidad de hacer preguntas y tener respuestas a mis preguntas. En caso de indicarse procedimientos especiales, entiendo que el médico examinador discutirá esto conmigo y que consentimiento(s) adicional(es) pueden ser requeridos.

**Responsabilidad financiera:** Entiendo que soy responsable de todos los gastos resultantes del tratamiento proporcionado por Metropolitan Pediatrics, LLC, así como cualquier gasto de gestión y/o legal que incurra en caso de impago. Estoy de acuerdo en pagar el saldo adeudado dentro de los 30 días de la facturación a menos que haya hecho otros arreglos de pago.

**Asignación de beneficios:** Autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros para efectuar el pago de beneficios por cualquier reclamación a Metropolitan Pediatrics. Entiendo que cualquier gasto no subvencionable o no cubierto es mi responsabilidad. Designo a Metropolitan Pediatrics, LLC, como Representante Autorizado a: (1) presentar todas y cada una de las apelaciones cuando mi compañía de seguros me niegue beneficios a los que tengo derecho, (2) presentar cualquiera y todas las solicitudes de información sobre los beneficios de mi compañía de seguros, (3) iniciar quejas formales a cualquier agencia estatal o federal que tenga jurisdicción sobre mis beneficios, y (4) la liberación de toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Autorizo a cualquier administrador o asegurador de mi plan a liberar cualquier y todos los documentos referentes al plan, la póliza de seguro y/o información de acuerdo a petición por escrito del Metropolitan Pediatrics, LLC. Esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre en mayúsculas

\_\_\_\_\_  
Relación

X \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha

Rev. 08/19/2019

Tel. casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Tel. celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

### Información del paciente

¿Nuevo paciente?  Sí  No  Niño  Niña

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

NSS: \_\_\_\_\_ Fecha nacim.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Otros hijos/as en la familia

¿Paciente aquí?  Sí  No  Niño  Niña

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

NSS: \_\_\_\_\_ Fecha nacim.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Paciente aquí?  Sí  No  Niño  Niña

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

NSS: \_\_\_\_\_ Fecha nacim.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Paciente aquí?  Sí  No  Niño  Niña

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

NSS: \_\_\_\_\_ Fecha nacim.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Contacto de emergencia (diferente del cónyuge)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Tel. casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Tel. celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

OHP:  CareOregon  Providence Health Assurance  
 Open Card

Seguro (Secundario) Fecha efecto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Comp. aseguradora: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Tomador póliza: \_\_\_\_\_ Fecha nacim.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Núm. Póliza: \_\_\_\_\_

Núm. Grupo: \_\_\_\_\_ Cantidad copago: \$ \_\_\_\_\_