Metropolitan Pediatrics, L.L.C.

Formulario de información del paciente

Gresham: 503-667-8878 **Happy Valley:** 503-261-1171
Northwest: 503-295-2546 **Westside:** 503-531-3434

Información del padre/madre:

Nombre: _____
Apellidos Nombre
NSS: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ ❑ Hombre ❑ Mujer
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
Estado civil: ❑ Casado/a ❑ Soltero/a ❑ Divorciado/a ❑ Viudo/a
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Correo electrónico: _____
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 cónyugue):

Nombre: _____
Apellidos Nombre
Relación con el paciente: _____
Tel. casa: (____)_____ Tel. celular: (____) _____

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: $_____

❑ **OHP (marque el que corresponda):** FamilyCare | CareOregon | OMAP
❑ **Seguro (Secundario)** 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 medico 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_____ _____ _____ X_____/_____/_____
Firma del patiente, padre o persona legalmente responsable | Nombre en mayúsculas | Relación | Fecha

Rev. 07/20/2016