MOUNTAINLAND
PEDIATRICS

Escriba por favor con letra legible con pluma azul o negra

¿Cómo supo usted de nosotros? (Encierre una respuesta en un círculo): (Un amigo/Familia) (Revista Colorado Parent) (Evento de la comunidad) (Centro Recreativo de Thornton o Westminster) (Búsqueda en un sitio web) (compañía de seguros o sitio web) (páginas amarillas) (Condado Adams) (Otro) especifique por favor_____

Correo electrónico para su cuenta_____

¿Desea recibir información sobre programas pediátricos y de bienestar para su hijo? Sí No (encierre una en un círculo)

Nombres completos de TODOS los niños que serán nuestros pacientes (del mayor al menor):

Nombre	*Segundo nombre*	*Apellido*	*Niño / Niña*	*Fecha de nac.*	*Vive con*

Madre/custodio legal del niño _____ Fecha de nac._____ SS #_____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod. Postal_____

Teléfonos: Casa_____ Trabajo_____ Celular _____

Empleador _____ Empleo_____ Tiempo en ese trabajo_____

Padre/Custodio legal del niño _____ Fecha de nac._____ SS # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal_____

Teléfonos: Casa_____ Trabajo _____ Celular _____

Empleador _____ Empleo_____ Tiempo en ese trabajo _____

Persona responsable de los pagos (Padre/madre o custodio legal) _____

Persona de contacto para emergencias _____ Teléfono _____

Pediatra anterior _____

Idioma principal de los niños_____ Idioma principal de los padres _____

Raza (Encierre en un círculo) (Indio americano/de Alaska) (Asiático) (Negro/afroamericano) (Nativo de Hawai/de una isla del Pacífico) (Blanco) (Hispano /latino) (Mezcla_____) (No deseo contestar) Si es hispano/latino(encierre en un círculo) (mexicano) (cubano) (puertorriqueño) (Otro_____)

El paciente tiene Medicaid del Estado de Colorado: (encierre en un círculo) SI o NO PRICIPAL o SECUNDARIO

Información sobre la cobertura del seguro

Debe presentarse la tarjeta del seguro en cada visita

Seguro principal:

Fecha de vigencia: _____ Fecha de hoy: _____

Compañía de seguros: _____ Pago compatido: _____

Titular de la póliza (Garante): _____

de Seguro Social del garante _____ Fecha de nacimiento: _____

de Póliza del seguro/Identificación: _____

de grupo del seguro _____

Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Nombre de los niños incluidos en esta póliza:

- _____
- _____
- _____
- _____

Seguro secundario:

Compañía de seguros: _____ Pago compartido: _____

Titular de la póliza: _____

de Seguro Social del garante: _____ Fecha de nacimiento: _____

de póliza del seguro/identificación: _____ Grupo del seguro: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Nombre de los niños incluidos en la póliza: _____

La información anterior está actualizada y correcta. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los débitos en que se incurra, independientemente de que los pague o no el seguro.

X Firma: _____ Fecha: _____

MOUNTAINLAND
PEDIATRICS

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO/A

Soy el padre/guardián de: Nombre del niño/a: _____ Fecha De Nac: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha De Nac: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha De Nac: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha De Nac: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha De Nac: _____

Yo doy autorización a Mountainland Pediatrics para el tratamiento de mi hijo/a, incluyendo autorización para administrar vacunas cuando mi hijo/a es llevado a sus citas por cualquiera de los siguientes cuidadores.

Autorizo a la práctica para platicar o discutir con los cuidadores designados, ya sea en persona o por teléfono, de los síntomas o condición médica de mi hijo/a. Con el fin de poder buscar una solución o un consejo en cuanto a las opciones de tratamiento inmediato para mi hijo/a sintomático. Esto incluye la liberación de información médica pertinente para el cuidador del paciente.

Por favor de indicar el nombre y la relación al paciente:

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Nombre _____ Relación al Paciente _____

Nombre _____ Relación al Paciente _____

_____ _____

Firma del Padre/Madre o Guardián Fecha

MOUNTAINLAND
PEDIATRICS

Nombres legales Completa de todos los niños que serán los pacientes (el más grande a más chico)

Primer Segundo Apellido M/F Fecha da Nacimiento

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Método de contacto

Doy permiso a Mountainland Pediatría para dejar un mensaje de teléfono con información respecto a atención médica de mi hijo en los números que se enumeran a continuación.

Número de teléfono principal _____

Número de teléfono secundario _____

Reconocimento del recibo del aviso de derechos de privacidad

He recibido una copia de los derechos de privacidad de Pediatría de Mountainland.
_____inicial

Cheques devueltos

Cuando usted nos proporciona una comprobación como pago usted nos autoriza a utilizar la información del cheque para hacer un fondo electrónico de tiempo de una transferencia desde su cuenta, o para procesar el pago como una transacción de verificación.
Cheques devueltos se asignan a las soluciones de comprobación de PFC y electrónicamente representa a través de la ETP (partners de transacción electrónica) para la cantidad de cara, además de un cargo de servicio de $ 20.00 un todos costos aplicables de colección con arreglo al C.R.S. 13-21-109.

Reconocimiento de recibo de Pediatría de Mountainland financiera y documento de póliza de la oficina

He recibido una copia de la financiera de Pediatría y de póliza de la Oficina Mountainland.
_____ inicial

A/Partir de hoy _____ (fecha), mi firma será accesible en formato electrónico y servira como una copia legal de autorización para los servicios, incluyendo nuestra financiero y de poliza de oficina.

Firma del padre o tutor:_____

Fecha:_____