

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal _____
Seguro Social _____ # Telefonico _____ Celular _____

Informacion de los Padres

Nombre de Mama _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social _____ Telefonico _____
Empleador _____ Ocupacion _____ Telefonico _____
Direccion de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Nombre de Papa _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social _____ Telefonico _____
Empleador _____ Ocupacion _____ Telefonico _____
Direccion de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Email _____

Persona responsable de Cobros (No la Aseguradora)

Nombre _____ # Telefono _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Relacion al paciente _____ paciente vive con _____ Mama _____ Papa _____ Los Dos _____ Guardian legal

Informacion de Aseguradora

Nombre de Aseguradora _____
Medicaid # _____ CHIP # _____ Medicare # _____
Poliza # _____ Grupo # _____

Asignamiento de Beneficios: Con me firma doy permiso de que la Dra Maria Del Rosario Aguirre pueda mandar cobrar y que la aseguradora le pague por todos los servicios médicos que le provea a mis hijos. Yo comprendo que me hago responsable aquí prometo pagar los gastos no cubiertos por la compañía de aseguradora.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

Advertencia A Pacientes con Medicaid

Es la poliza de la Doctora Maria Aguirre-Hernandez REPORTAR toda cita a la que usted FALTE a su trabajador de caso.

Cuando usted hace una cita debe de llamar por lo menos 24 horas antes para cancelar o mover la cita. Medicaid es un programa del estado y todo pacientes debe tener un examen fisico una vez al ano. Faltar repetidamente a sus citas puede resultar en que se trabajador de caso TERMINE TODO BENEFICIO SE MEDICAID, sera basado en no cumplir con las reglas del estado. Cualquier nino menor de edad (menor de 18 anos) necesita tener un guardian leagal presente en TODAS las citas. NO EXCEPCIONES!!! Su cita puede ser cancelada si no hay guardian legal presente a la hora de la visits.

Firma de Guardian Legal _____ Fecha _____

Este es un document legal. Con el usted puede nombrar a parientes, amigos maestros, clerigos, vecions cualquiera que sea mayor de 18 anos de edad para ser responsable de sus hijos cuando estan lejos de ellos. Es especialmente importante para preparar este formulario para las ocasiones, cuando se sabe que deficil para comunicarnos con usted.

Autorizacion para el tratamiento medico de los menores

Nombre de los menores de edad (s)	Fecha de nacimiento	Alergias/condiciones Especiales

Yo/Nosotros, siendo el padre (s) o Tutor (s) de los menores por encima de los nombre (s), por la presente design a:

Nombre	Direccion	Numero de telefono

Para actuar en mi/nuestro nombre en autoriza inesperado medica, atencion dental, quirurgico y de hospitalzacion para el menor antes mencionado(s) durante el period de mi/nuestra ausencia, de: _____

Este document debiera ser presentado a un medico, dentist o representante apropiado del hospital en ese momento tan inesperado medica, atencion dental, cirugia u hospitalzacion puede ser requerida.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Avance Enfermera Practica Consentimiento para el Tratamiento

Esta facilidad cuenta con el personal de una enfermera de practica avanzada para ayudar en la prestación de la atención pediátrica.

De una enferma practica avanzada no es un medico. Una enfermera practica avanzada es una enfermera registrada que ha recibido superior y el adiestramiento en la prestación de servicios de salud. Una enfermera practica avanzada se puede diagnosticar, tartar y monitorear común de las enfermedades agudas y crónicas, asi como brindar atención medica de mantenimiento. La enfermera de practica puede tartar heridas menores y otras lesions menores. Además, la enfermera de practica avanzada se encuentra bajo constant supervisión de la peditra de la clínica.

He leído lo anterior, y doy me consentimiento para los servicios de una enfermera de practica avanzada para mis necesidades de atención de salud.

Entiendo que en cualquier momento me puede volcer a utilizar a ver a la enfermera de practica avanzada y solicator ver a un medico.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Todos los artículos y cualquier otra forma, listas de comprobación, directrices, y materiales de información generalizada solamente, y no debe ser revisado o se refiere a las fuentes primarias legal ni interpretares como el establecimiento de normas de cuidado medico a los efectos del litigio, incluyendo el testimonio de expertos. Han de considerarse como recursos para ser utilizado de manera selectiva y adaptado siempre – con el asesoramiento del abogado de la organización – para cumplir con el estado, las organizaciones locales, individuales y las necesidades o requerimientos del departamento. Se distribuyen en el entendimiento de que ni Texas Medical Responsabilidad Confianza de Texas, ni a las compañía de seguro medico se dedica a prestart servicios legales.

Advertencia A Pacientes con Medicaid

Es la poliza de la Doctora Maria Aguirre-Hernandez REPORTAR toda cita a la que usted FALTE a su trabajador de caso. Cuando usted hace cita debe llamar por lo meno 24 horas antes para cancelar o mover la cita. Medicaid es un programa del estado y todo pacientes debe tener un examen físico una vez al ano. Faltar repetidamente a sus citas puede resultar en que su trabador de caso. **TERMINE TODO BENEFICIO DE MEDICAID**, ser basado en no cumplir con las reglas del estado. Cualquier niño menor de edad (menor de 18 anos) necesita tener un guardian legal presente en **TODAS** las citas. **NO EXCEPCIONES!!** Su cita puede ser cancelada si no hay guardian legal presente a la hora de la visita.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Parde O Guardian Legal: _____

Fecha: _____

Reconocimiento de Revision del Aviso de la Privacidad Practica

He repsado y entiendo el aviso de la Dra Maria Aguirre-Hernandez de la privacidad practica, que explica como mi información medica será divulgada y como puedo conseguir el acceso a mi información medica. Se que puedo tener una copia del aviso. Tambien evtiendo que la Dra Aguirre ouede revisar el aviso de las practicas de la privacidad. Si deseo el aviso revisado de las practicas de la privacidad, se wue debo pedirlo.

Nombre de paciente: _____

Firma de Pardre O Guardian Legal: _____

Fecha: _____