

Children's Healthcare Associates, LLP

Fecha: _____ P.O. Box 51570 • Amarillo, TX 79159 • Phone 806-468-4350 • Fax 806-468-4351

REGISTRATION FORM

Nombre y Direccion de Medico referente _____

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M F
Apellido Primer Segundo

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Condado de Residencia _____ Telefono _____

Estado Marital _____ Licencia de manejar _____

Numero de Seguro Social _____ Guardian Legal _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Patron _____ Departamento _____ Telefono del trabajo _____

Conyuge _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Patron de Conyuge _____ Departamento _____ Telefono del Trabajo _____

Persona para ponerse en contacto en caso de emergencia _____

(No vive en la misma casa)

Direccion: _____ Telefono _____

SE ESPERA PAGO AL TIEMPO DE SERVICIO, indique por favor el modo de pago que usara hoy:
Dinero ___ Cheque ___ Medicaid ___ CIDC ___ Champus ___ Medicare ___

INFORMACION DE ASEGURO:

1. Compania de Aseguro _____ #SS _____ # de Grupo _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre de Asegurado _____ Patron _____ FDN: _____

2. Compania de Aseguro _____ #SS _____ # de Grupo _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre del Asegurado _____ Patron _____ FDN _____

NUMERO DE MEDICAID _____ Fecha efectiva _____ Fecha Cert. _____

NUMERO DE MEDICARE _____ Fecha Efectiva _____ Fecha de Cert. _____

NUMERO DE CHAMPUS _____ Rama del Ejercito _____ Estado presente: Activo Jubilado

NUMERO DE CIDC _____ Fecha Efectiva _____ Fecha de Cert. _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO: El bajofirmado da permiso para recibir servicios medicos y cuidado de salud provisto por medicos, cirujanos, enfermeras especialistas, enfermeras de clinicas, y otros proveedores de salud de la practica del grupo de HPA. Tales servicios pueden incluir procedimientos diagnosticos, exámenes, tratamientos, u otros servicios dados bajo las instrucciones general y especial de los medicos. Algunos servicios pueden necesitar consentimiento informado.

Este permiso para tratamiento sera valido y se mantendra en efecto al menos que el bajofirmado lo renuncia con un aviso escrito proveido por HPA.

SOLTAR INFORMACION MEDICA: HPA podra revelar toda o cualquier parte de mis datos medicos inclusiv, informacion oral y proveer cuentas/facturas a: 1) cualquier persona, corporacion o agencia (o su representante autorizado) que es o puede ser responsable bajo un contrato con HPA, o a mi o miembros de mi familia para todo o parte de los gastos de la clinica incluyendo, pero no limitado a, hospital o companias de servicio medico, aseguro o pagantes de tercer partido, el portador de compensacion de trabajadores, o mi patron, y 2) cualquier individuo o entidad designado por mi como fiador o persona responsable por el pago de los honorarios por los servicios provisto para el cuidado de mi salud.

El bajofirmado comprende y esta de acuerdo que la informacion autorizada ser soltada puede incluir 1) resultados de SIDA/VHI diagnoses, tratamiento e informacion relatada; 2) informacion encunto al uso de drogas y el alcohol y tratamientos por mismo; y 3) informacion en cuanto a mi salud mental.

El bajofirmado comprende que esta autorizacion para soltar informacion puede ser renunciado a cualquier tiempo, por medio de proveer en forma escrita a HPA, menos hasta el grado que accion se ha tomado confiado en el. Al menos que se haya renunciado anteriormet, esta autorizacion se termina automaticamente dentro de 90 dias desde la fecha que firmo o 90 dias despues de la ultima visita a la clinica o despues que hayan pagado o resuelto a la satisfaccion de todos, todas las reclamaciones del aseguro o partidos terceros, o el que ocurra ultimo.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: El bajofirmado suelta y esta de acuerdo de encontrar inofensivo los empleados de HPA, de cualquier y todas responsabilidades asociado con el librar de informacion del paciente confidencial de acuerdo con la autorizacion y comprende que HPA no puede ser responsable por el uso o revelacion de informacion a partidos terceros.

RESPONSABILIDAD FINANCIERO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS: En consideracion por recibir servicios medicos o del cuidado de salud, el bajofirmado aqui asigna todo derechos, titulos e interes de aseguros, Medicare/Medicaid, u otro pagador de beneficios de tercer partido por servicios de salud or medico que por otra parte seria pagado a mi, a Healthcare Professional Associates. Autorizado tambien, son pagos directos hechos por Medicare/Medicaid y/o compania de aseguro u otro partido tercero pagante, hasta todas las cantidad del total de la cuenta por tratamiento medico y cuidado de salud, a Healthcare Professional Associates. El bajofirmado certifica que la informacion provisto de acuerdo con cualquier aplicacion por pago por partidos terceros pagantes, inclusiv Medicare/Medicaid, es correcto.

El bajofirmado esta de acuerdo pagar todas las cargas por servicios medicos y de salud que no se incluyen por Medicare/Medicaid o cuales exceden la cantidad estimada ser pagada o verdaderamente pagado por una compania de aseguro u otro partido tercero pagante y consiento hacer pagos como es pedido por HPA.

El bajofirmado certifica que este formulario ha sido examinado completamente y que cualquier preguntas han sido contestadas por HPA, y su contenido es comprendido y estoy de acuerdo con el.

Fecha

Hora

Paciente/Otra Persona
Legalmente autorizada

Testigo/Enterpretador

Escriba por Letra Su Nombre
y Relacion Con el Paciente

Escriba por letra Su Nombre
e Idioma Traducido.