

AUSTIN
1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 302
Austin, TX 78723

CEDAR PARK
1301 Medical Pkwy, Suite 310
Cedar Park, TX 78613

PHONE: 512-472-6134
FAX: 512-472-2928
childrensurology.com



Información del Paciente

Paciente

Apellido:* _____ Primer Nombre:* _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento:* _____ Seguro Social: _____ Genero:* Masculino ___ Femenino ___ No binario: ___

Race: Indio Americano o Nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afroamericano ___ Nativo de Hawai o otra Isla del Pacifico ___ Blanco Americano ___

Otro _____ Negar ___

Ethnicidad: Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___ Otro _____ Negar ___

¿Quién refirió al paciente? (Por favor **MARQUE** uno) **FAMILIA** ___ **AMIGO** ___ **REMISION MEDICA** ___ **SITIO WEB** ___

¿Quién lo refirió? _____ Nombre de pediatra:* _____ Teléfono:* _____

En caso de que uno de los padres no pueda acompañar al paciente, por favor indique los nombres de las personas a las que está permitiendo acompañar y haga posibles decisiones medicas para el paciente menor.

NOMBRE:* _____ **RELACIÓN:*** _____

NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____

Padre / Tutor 1

Apellido:* _____ Primer Nombre:* _____ Fecha de Nacimiento:* _____ Seguro Social:* _____

Domicilio:* _____ Ciudad:* _____ Estado:* _____ Código Postal:* _____

Numero de celular:* _____ Numero Secundario:* _____ Correo electrónico:* _____

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

Padre / Tutor 2

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de celular: _____ Numero Secundario: _____ Correo electrónico: _____

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

Contacto de Emergencia

Apellido:* _____ Primer Nombre:* _____ Relación:* _____

Numero de celular:* _____ Numero Secundario:* _____

Seguro Médico

Asegurado

Apellido:* _____ Primer Nombre:* _____ Fecha de Nacimiento:* _____

Proveedor de Seguro Médico:* _____ Número de Identificación del seguro:* _____ Número de grupo:* _____

Número de teléfono del proveedor (de la tarjeta del seguro):* _____ Seguro Social: * _____ Relación de paciente:* _____

Seguro Médico Adicional

Asegurado

Apellido:* _____ Primer Nombre:* _____ Fecha de Nacimiento:* _____

Proveedor de Seguro Médico:* _____ Número de Identificación del seguro:* _____ Número de grupo:* _____

Número de teléfono del proveedor (de la tarjeta del seguro):* _____ Seguro Social: * _____ Relación de paciente:* _____

DESEO SER CONTACTADO DE LA SIGUIENTE MANERA(S) - (Marque todo lo que corresponda)

TELÉFONO DE CASA

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

TELÉFONO DE TRABAJO

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

TELÉFONO CELULAR MÓVIL

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

COMUNICACIÓN ESCRITA

- De acuerdo con una comunicación escrita al domicilio

PORTAL DEL PACIENTE

Correo electrónico: * _____

FIRMAR CON INICIALES

- Reconozco que he revisado el aviso de HIPAA política de prácticas de privacidad en childrensurology.com.
Esto se puede encontrar en la página de childrensurology.com/Patient Information/Forms & Information/HIPAA Notice of Privacy Practices.

Por la presente doy autorización para el pago de beneficios de seguro que se harán directamente a Pediatrix Urology of Central Texas por los servicios prestados. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro médico.**

En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobros y honorarios razonables de abogado. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También acepto una fotocopia de este Acuerdo sea válida como el original.

Nombre impreso del paciente: * _____

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):* _____ Fecha: * _____