

**Información Demográfica del Paciente**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono comercial: \_\_\_\_\_

Método preferido de comunicación :  Numero de casa  celular  correo electrónico  Otra forma: \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Responsable por el paciente: Madre/Padre (escoja uno) Numero social del proveedor: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación al paciente : \_\_\_\_\_

NOMBRE	NUMERO DE TELÉFONO
--------	--------------------

¿Tenemos permiso para contactar a esta persona con respecto a las cuestiones relativas a su cuidado?  Si  No

**Etnicidad**

- No hispano
- Hispano
- No quiere reportar

**Nacionalidad Primaria**

- Blanco/Caucásico
- Hispano
- Afroamericano

- Asiático
- Indígena Americano
- Nativo del Hawaii

- Isleño del Pacífico
- Otra raza
- No declarado/ denegado

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro Idioma: \_\_\_\_\_ Necesitará traductor?  Si  No

Farmacia Preferida #1: \_\_\_\_\_ Orden por Correo?  Si  No

NOMBRE	DIRECCIÓN	NUMERO DE TELÉFONO
--------	-----------	--------------------

Farmacia Preferida #2: \_\_\_\_\_ Orden por Correo?  Si  No

NOMBRE	DIRECCIÓN	NUMERO DE TELÉFONO
--------	-----------	--------------------

**Medicamentos actuales**

Nombre del medicamento	Dosificación	Que tan frecuentemente toma el medicamento	Razon por tomar el medicamento	Cual medico que recetó el medicamento

**Receta electrónica:** *Nuestro programa de historia clínica electrónica tiene acceso a su historial de medicamentos recetados / medicación para que podamos prescribir su medicamento de forma segura. Con la firma de este, usted nos autoriza a hacerlo.*

**VACUNAS:** *Nuestro programa de historia clínica electrónica permite para que sus datos de vacunación se envíen directamente al Estado I-CARE de Illinois Registro. I-CARE permite a sus proveedores para obtener su historial de vacunación para garantizar su seguridad. Con la firma de este, nos autoriza a presentar estos datos.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PACIENTE/GUARDIAN	RELACIÓN AL PACIENTE
-------------------	----------------------

## **Póliza de facturación**

**Nuestra meta es proveer y mantener una buena relación de médico a paciente. Informándole de antemano nuestra póliza de cobro, permite un buen flujo de comunicación y nos permite alcanzar nuestro objetivo. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultar con un miembro de nuestro personal.**

Citas Valoramos el tiempo que hemos reservado para ver y tratar a su hijo. Si no puede asistir a su cita, le agradeceríamos dar un aviso de 24 horas. Habrá un cargo de \$25.00 por citas perdidas.

### **Planes de Seguro**

1. Es su responsabilidad mantenernos actualizados con la información correcta de su seguro médico. Si la información del seguro que nos proporcione es incorrecta, usted será responsable por el cobro de la visita.

2. Es su responsabilidad entender los beneficios de su plan médico. Si se proporciona un servicio que no está cubierto por su seguro, usted será responsable por el cobro. Por ejemplo:

a. No todos los planes médicos cubren exámenes físicos anuales, físicos para deportes o exámenes de audición y visión.

b. Para los niños menores de 2 años, hay un límite en cuanto al número de visitas de bienestar por año. Si se excede el número de visitas de rutina, su seguro no pagara.

3. Si no hemos recibido el pago de parte su compañía de seguros dentro del plazo contratado, usted será responsable por el saldo adeudado. En casos especiales, es posible que necesitemos su ayuda para contactar al seguro médico para el pago de su servicio.

### **Llamadas telefónicas fuera de horario**

Las llamadas telefónicas realizadas a un médico después del horario de oficina resultaran en una tarifa de \$25.00 para el paciente al momento de que el médico le devuelva la llamada telefónica.

### **Responsabilidad financiera**

1. De acuerdo con su plan médico, usted es responsable por todos los copagos, deducibles, y co-seguros.

2. Los copagos se deben pagar al momento del servicio.

3. Todos los meses nuestra oficina envía estados de cuenta. El balance, es el resto adeudado después de que su seguro haya pagado. Es su responsabilidad pagar su estado de cuenta cada mes, incluso si usted y su compañía de seguros están disputando la cobertura.

4. Si es necesario, ofrecemos planes de pago a nuestros pacientes. Si no realiza sus pagos mensuales, su cuenta se enviará al departamento de colecciones.

5. Todos los saldos de pacientes vencidos se enviarán al departamento de colecciones.

6. Pacientes que pagan por cuenta propia, si no tiene seguro médico, el pago se debe realizar al momento de su visita al consultorio.

### **ACEPTAMOS EFECTIVO, MASTERCARD, VISA, DISCOVER, AMEX, DEBITO Y CHEQUES**

Por este medio, yo autorizo a AIP a divulgar toda la información médica a la compañía de seguros y / o a Medicaid, con respecto a mi enfermedad y tratamiento, y por este medio, asigno pagos a AIP por los servicios que recibo para mi o dependiente. Entiendo que SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR MI SEGURO MEDICO.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del guardián responsable \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma del guardián responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_