

# FORMA DE REGISTRO

## Allied Pediatrics of Greater Brockton, Inc

(Por Favor Imprima)

Nombre de Paciente	Apellido	Fecha de Nacimiento

### Persona Responsable (Garantizador)

El Garantizador, o Persona Responsable, es la persona encargada de los gastos médicos del paciente. Cuando el paciente es menor de 18 años, el padre/madre, o guardian legal es el Garantizador (en nuestra práctica la mayoría de los pacientes mayores de 18 años también tendrán a un padre/madre, o guardian legal como Garantizador). Esta dirección es donde vive el paciente. So no es así favor de llenar forma adicional.

Apellido	Nombre	Nombre Segundo (Medio)
Dirección Postal	Ciudad	Estado      Zip Code
Teléfono Hogar	Teléfono Celular	No. Seguro Social      Fecha Nacimiento
Relación con Paciente(s)	Otra Información (Teléfono de Emergencias, etc.)	

### Información de Seguro(s) Médico(s)

(Si tiene más de 3 seguros, favor de pedir forma adicional)

Nombre del Seguro Médico	Nombre del Subscribiente del Seguro	Fecha Nacimiento del Subscribiente
No. Seguro Social del Subscribiente	Relación del Subscribiente con Paciente(s) (padre, madre, guardian legal, misma persona, otro)	
Nombre del Seguro Médico	Nombre del Subscribiente del Seguro	Fecha Nacimiento del Subscribiente
No. Seguro Social del Subscribiente	Relación del Subscribiente con Paciente(s) (padre, madre, guardian legal, misma persona, otro)	
Nombre del Seguro Médico	Nombre del Subscribiente del Seguro	Fecha Nacimiento del Subscribiente
No. Seguro Social del Subscribiente	Relación del Subscribiente con Paciente(s) (padre, madre, guardian legal, misma persona, otro)	

### Contactos de Emergencia y Otros

(Incluya el otro Padre/Madre del Paciente)

Nombre y Apellido	Relación con Paciente(s)	Teléfono	Teléfono Celular

**FORMA DE REGISTRO**  
**Allied Pediatrics of Greater Brockton, Inc**  
(Por Favor, Imprima)

**Política Financiera, Asignación de Beneficios, y Diseminación de Información**

Solicito servicios médicos pediátricos en esta oficina. Autorizo la diseminación de cualquier información adquirida durante los servicios médicos, necesaria para completar y someter las reclamaciones médicas a mi compañía de seguro médico o a MassHealth en mi nombre. Autorizo y asigno cualquier beneficio del seguro médico o MassHealth a ser pagados directamente a Allied Pediatrics of Greater Brockton, Inc, o sus apoderados. Soy financieramente responsable del costo de todos los servicios recibidos por mi o por la persona cuya cuenta yo actúo como Garantizador, en particular servicios no cubiertos, co-pagos, y deducibles. Soy responsable de saber cómo mi plan funciona, y de siempre presentar la tarjeta de membresía del plan médico. Soy responsable de informar de inmediato a Allied Pediatrics de cualquier cambio de seguro médico, mi dirección postal, y número de teléfono. Soy responsable de los cargos que sean facturados incorrectamente a una compañía de seguros debido a no proporcionar información correcta a Allied Pediatrics. Esta aceptación y la asignación serán vigentes para todo servicio futuro por proveedores de Allied Pediatrics.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de persona que firma arriba

**Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Confidencialidad**

Entiendo que como parte de mi cuidado médico, Allied Pediatrics origina y mantiene en papel y/o electrónicamente un Record Médico que describen mi historial de salud, los síntomas, los exámenes, los resultados de pruebas diagnósticas, los tratamientos, y cualquier plan para el cuidado o el tratamiento futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento médico.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la medicina que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información médica a mi cuenta.
- Un medio para que mi seguro médico o su asignado pueda verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realmente.
- Un instrumento para operaciones rutinarias de salud tales como valorar la calidad del cuidado médico.

Entiendo que Allied Pediatrics mantiene un Aviso de Prácticas de Confidencialidad que proporciona una descripción más completa de los usos de esta información y su diseminación. La versión más reciente de este Aviso está accesible en el área de sala de espera. Entiendo que Allied Pediatrics se reserva el derecho de cambiar este aviso y sus prácticas según sea necesario y hará una tentativa razonable para informarme de cualquier cambio. Entiendo que puedo solicitar una copia escrita adicional de este Aviso en cualquier momento. Entiendo que algunos de los derechos que tengo son:

- El derecho de revisar la nota antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o diseminada.

Hoy, antes de firmar este documento, yo tuve la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de Prácticas de Confidencialidad de Allied Pediatrics.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de persona que firma arriba