

Kids Doc of Southern California Medical Group, Inc.

“Por Favor Escriba Claro”

Informacion del Paciente (nino):

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: Masculino/ Femenino
Nombre de su Pediatra Principal: _____

Informacion del Pariente/Persona Responsable:

Apellido del Padre: _____ **Nombre:** _____ **Inicial** _____
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Codigo Postal: _____ Celular: () _____ - _____
Telefono de Casa: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____
Apellido de la Madre: _____ **Nombre:** _____ **Inicial** _____
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Codigo Postal: _____ Celular: () _____ - _____
Telefono de Casa: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____

Informacion de la Aseguranza Primaria:

Nombre del Plan de la Aseguranza: _____
de Identificacion: _____ # de Grupo: _____
Nombre del Paciente o Asegurado: _____
Nombre del Trabajo: _____

Informacion de la Aseguranza Secundaria:

Nombre del Plan de la Aseguranza: _____
de Identificacion: _____ # de Grupo: _____
Nombre del Paciente o Asegurado: _____
Nombre del Trabajo: _____

1. Consentimiento del Tratamiento, la persona que firma esta consiente de cualquier tratamiento medico o cirurgico conveniente para este paciente que puedan considerarse aconsejable o necesario bajo la justificacion del Doctor o la enfermera.
2. Revelar Informacion, la persona q firma esta de acuerdo que Kids Doc revele information necesaria para asegurar pagos de las aseguranzas o planes de compensacion a servicios de salud.
3. Termino de Pagos y Asignamiento de Beneficios. La persona que firma autoriza el pago al proveedor de beneficios q se realizen bajo los terminos de cualquier aseguranza o polizas q cubran los servicios brindados a este paciente. Yo entiendo que financieramente yo soy responsable con el proveedor, si la aseguranza no paga. Esta responsabilidad incluye servicios brindados aunque no esten autorizados por la aseguranza del paciente o cuando el proveedor no este afiliado con el plan de la aseguranza.

Firma del Pariente/Guardian: _____

Relacion con el Paciente: _____ **Date:** _____