



ALL FOR KIDS
Anuradha Dubey, MD
4312 Spyres Way
Modesto, CA 95356

INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO

NOMBRE DE NIÑO(A) _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ AÑOS: _____ SEXO: M / F

DIRECCIÓN: _____
(Ciudad) (Estado) (Co. Postal)

RAZA: _____ ETNICIDAD: _____ LENGUAJE DE PREFERENCIA: _____

INFORMACION DE RESPONSABLE PADRE / GUARDIÁN LEGAL

NOMBRE: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

NUMERO DE CASA: (____) - _____ CELULAR: (____) - _____

CORREO ELECTRÓNICO (Email): _____ (Por Favor Imprime Claramente)

SS#: _____ LICENCIA DE CONDUCIR #: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA EL PADRE QUE COMPLETE ESTE FORMULARIO)

PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

NUMERO DE CASA: (____) - _____ NUMERO DE CELULAR: (____) - _____

DIRECCION: _____
(Ciudad) (Estado) (Co. Postal)

RELACION CON EL PACIENTE: _____

Firmando a continuación, atento que la información suministrada es verdadera y exacta.

También reconozco que al firmar, autorizo a "All For Kids" a enviar recordatorios de citas vía TEXTO y EMAIL. Puedo optar mediante una solicitud por escrito.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL _____ FECHA: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SUGURO PRIMARIO

Compañía De Seguro: _____ ID # _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Nombre Del Asegurado Principal: _____
(Suscriptor Principal/Empleado) (Primero) (Apellido) (Segundo)

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social # _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Co. Postal _____

Teléfono #: (____) _____ - _____ Relación Con El Paciente: _____

Asegurado Empleado Por: _____ Tel: _____

Dirección De La Compañía: _____
(Ciudad) (Estado) (Co. postal)

SEGURO SECUNDARIO

Compañía De Seguro: _____ ID # _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Nombre Del Asegurado Principal: _____
(Suscriptor Principal/Empleado) (Primero) (Apellido) (Segundo)

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social # _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Co. Postal _____

Teléfono #: (____) _____ - _____ Relación Con El Paciente: _____

Asegurado Empleado Por: _____ Tel: _____

Dirección De La Compañía: _____
(Ciudad) (Estado) (Co. postal)

“SU TARJETA DE SEGURO Y IDENTIFICACIÓN DE FOTO SON REQUERIDOS EN EL MOMENTO DE SU VISITA”

Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar las reclamaciones y autorizo el pago de beneficios médicos directamente al médico para los que facture.

Entiendo y acepto que, (independientemente de mi estado de seguro), soy el responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información contenida en este documento.

Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Le notificaré de cualquier cambio en la información anterior.

Firma del Padre O Guardian Legal _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR O USAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PAGOS O OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo autorizo la liberación o uso de la información de salud de mi hijo(a) y información médica por **“All For kids”** para realizar tratamientos, pagos o operaciones de atención médica. Usted debe revisar el aviso de prácticas de privacidad de la práctica para una descripción más completa de la liberación potencial y el uso de tal información, y usted tiene el derecho de revisar este aviso antes de firmar este formulario de consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar los términos de el aviso de Prácticas De Privacidad en cualquier momento. si hacemos cambios a los términos de el aviso de Prácticas De Privacidad, usted puede obtener una copia de la notificación revisada solicitando una copia a cualquiera de nuestros empleados.

Usted tiene el derecho de solicitar que restringimos mas cómo se libere su información de salud protegida o usada para realizar tratamientos, pagos o operaciones de atención médica. Nuestra practica no es necesaria para aceptar a tales restricciones solicitadas; sin embargo, si aceptamos las restricciones solicitadas, tales restricciones están vinculando en la práctica.

Firma del Padre O Guardian Legal _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A NIÑOS MENORES DE EDAD

Yo, _____ padre o guardian legal de _____ nacido _____, doy mi consentimiento a cualquier atención médica y la administration de anestesia y vacunas determinada por un médico que sea necesario para el bienestar de mi hijo(a), mientras que el niño(a) está bajo el cuidado de **Dr. Anuradha Dubey, MD** y yo este disponible por teléfono para dar mi consentimiento, si el niño(a) mencionado arriba es llevado a la clínica por alguien que no sea el guardian legal y sea mayor de 18 años.

Esta Autorización entrará en vigencia en la visita inicial y permanecerá vigente hasta que yo proporcione un aviso escrito de revocación.

Firma del Padre O Guardian Legal _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre y relación de personas a quienes autorizo para divulgar la información de mi hijo y dar permiso para traer a mi hijo y ser responsable de llevar a cabo las instrucciones que les dio la Dr. Anuradha Dubey. (Tenga en cuenta que la persona que trae al niño es responsable de pagar los copagos debidos en el momento de la visita).

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Firma del Padre O Guardian Legal _____ Fecha: _____

*"Agradecemos la oportunidad de servirle y nos comprometemos a brindar nuestra mejor atención médica".
Dr. Anuradha Dubey y Personal de All For Kids Pediatrics*