

Información paciente del registro

Today' fecha de s: ____/____/____

Apellido _____ Nombre _____

Género: __Varón __Hembra

Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono casero _____ Teléfono alterno _____

Pediatra _____ Hospital llevado adentro _____

Contacto de la emergencia

Contacto Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Mother' información de s

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento ____/____/____

Patrón _____ Ocupación _____

Father' información de s

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento ____/____/____

Patrón _____ Ocupación _____

Información primaria del seguridad

Seguro _____ ID# _____

Suscriptor

Nombre _____ Relación _____

Seguro Dirección _____

Información secundario del seguridad

Seguro _____ ID# _____

Suscriptor

Nombre _____ Relación _____

Seguro Dirección _____

Consentimiento para el tratamiento

Autorizo Children' grupo médico de los especialistas de s para administrar el tratamiento para el cuidado del paciente; sea me o mi dependiente.

Lanzamiento de la información de los informes médicos

Autorizo SCMGS para lanzar cualquier información meidcal (incluir cualquier abuso psiquiátrico, del alcohol o de sustancia o la información del VIH) necesaria procesar y asegurar pagos de cargas de mi portador de seguro o it' intermediarios de s a nombre de me o de mi dependiente.

Información protegida de la salud

CSMGS puede utilizar y divulgar mi información protegida de la salud (PHI) para realizar el tratamiento, las operaciones del pago y del cuidado médico (TPO).

CSMGS puede llamar o el correo a mi hogar, o la otra localización señalada, y deja un mensaje informativo que se refiere a citas, investigando en cuanto a la información del seguro, asistiendo a las remisiones, teniendo acceso a la información con el fin de cualquier TPO.

Refiera por favor a SCMGS' el aviso de s de la aislamiento practica (NPP) para una descripción profundizada de esta estatura. Tengo la derecha de repasar el NPP antes de firmar este consentimiento. Para obtener el NPP transmita a una petición escrita:

Children' grupo médico de Sacramento, inc., oficial de los especialistas de s de la aislamiento
Calle de 5301 F, habitación 313 Sacramento CA 95819

Asignación de ventajas

Autorizo mi portador de seguro, o it' los intermediarios de s, hacer el pago directamente a SCMGS para los servicios médicos rindieron. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas no pagadas por mi portador de seguro.

CSMGS mandará la cuenta el seguro pues una cortesía para ayudar a maximizar ventajas permisibles. Para alcanzar estas metas, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política financiera como sigue:

- Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Le animamos a entrar en contacto con su portador de seguro con respecto a cualquier edición.
- La remisión y/o la autorización de su pediatra es probablemente necesarias.
- La elegibilidad debe ser actual para el mes del servicio médico dado.
- No todos los servicios son las ventajas cubiertas de su póliza de seguro. Algunos de seguros de las compañías servicios selectos arbitrariamente que no cubrirán, de tal modo rindiendo estos precios de servicio como el insured' responsabilidad financiera de s.

Si los problemas financieros temporales están afectando al pago oportuno en su cuenta preguntamos que usted nos entra en contacto con puntualmente para resolver un plan del paymnet que satisfaga ambas partes.

Llamada de Pleae nuestro servicio de contabilidad paciente en 916-736-6470 con cuaesquiera preguntas que usted pueda tener sobre la información antedicha o cualquiera undertainty con respecto a su cobertura de seguro. No vacile por favor pedir; estamos aquí ayudar.

He leído, entiendo y consiento al antedicho a nombre del paciente

_____/_____/_____
fecha

