CHESAPEAKE PEDIATRICS, LLC

INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DE EL PADRE

APELLIDO	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION	APT#		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO
EMPRESA DONDE TRABAJA/EMPLEADO POR			
DERECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

INFORMACION DE LA MADRE

APELLIDO	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION	APT#		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO
EMPRESA DONDE TRABAJA/EMPLEADO POR			
DIRECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

CHESAPEAKEPEDIATRICSLLC
121OLDSOLOMONSISLANDRD•ANNAPOLIS,MD•21401
PHONE:410-224-3663•FAX:410-224-2693

NINOS

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO/ FEMENINO
APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO/ FEMENINO
APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO/ FEMENINO
APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO/ FEMENINO

INFORMACION DE SEGURO

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SU SEGURO

NOMBRE DE PERSONA EN LA POLIZA
NUMERO DE LA POLIZA

OTRA INFORMACION

NOMBRE DE PEDIATRA ANTERIOR _____

QUIEN LE REFERIO HA ESTA OFICINA?_____

TIENE DENTISTA PARA SU HIJA/HIJO?_____

HISTORIA FAMILIAR

PROBLEMA MEDICO QUE EXISTA EN LA FAMILIA:

DIABETES PRESION ALTA CANCER ALERGIA ANEMIA

PROBLEMAS CARDIACOS THYROID DISEASE EPILEPSIA SICKLE CELL

COLESTEROL ALTO AUTOIMMUNE DISORDERS OTRO_____

ALGUIEN EN SU FAMILIA FUMA? SI NO

ALGUIEN EN SU FAMILIA USA DROGAS? SI NO

ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE PROBLEMAS CON EL ALCOHOL? SI NO

SU CASA TIENE DETECTOR DE FUEGO? SI NO
VIVE USTED EN UNA CASA VIEJA? SI NO
(CONSTRUIDA ANTES DE 1960)

MISCELANEO

DE EL PADRE O GUARDIAN OCUPACION _____
EDUCACION _____

DE LA MADRE O GURDIAN OCUPACION _____
EDUCACION _____

QUIEN VIVE EN LA CASA?

NOMBRE	RELACION
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

CHESAPEAKEPEDIATRICSLLC

121OLDSOLOMONSISLANDRD•ANNAPOLIS,MD•21401
PHONE:410-224-3663•FAX:410-224-2693

CHESAPEAKE PEDIATRICS

Yo comprendo que si califico a través de fondos asistidos por un programa tal como el del Departamento del Estado de Servicios de Salud o Medicaid estos recursos son la opción última para desembolso de gastos médicos. Como contribuyentes de último recurso, los programas de fondos asistidos podrán eliminar mi elegibilidad, si en el futuro yo tengo Medicare, Medicaid y/o una tercera cobertura de seguro. Por lo tanto acepto notificar inmediatamente de cualquier cambio en mi estatus financiero y/o cobertura de seguro, y si esos cambios resultan que yo no sea elegible para los servicios que corresponden a los fondos asistidos del programa, comprendo que soy totalmente responsable por el costo de los servicios recibidos en Chesapeake Pediatrics LLC

Firma del padre o encargado legal	**Fecha**

Al firmar en la parte inferior, si soy elegible a Medicaid, Medicare y/o la cobertura de un tercer seguro mientras sea un cliente de Chesapeake Pediatrics LLC, autorizo a Chesapeake Pediatrics LLC a proveer a Medicaid, Medicare y/o la cobertura un tercer seguro, toda la información médica necesaria, para procesar mi reclamo de gastos médicos. También por la presente asigno a Chesapeake Pediatrics LLC a recibir todos los pagos de Medicaid, Medicare y/o la tercer aseguradora por los servicios y tratamientos que me dio Chesapeake Pediatrics LLC. Comprendo que soy responsable de pagar cualquier co-pago requerido antes de recibir servicios de un proveedor de salud. Comprendo que soy responsable del costo de servicios y tratamiento que me sea otorgado y que no esté cubierto por mi seguro.

Yo,_____,(padre / encargado) de_____ _____ Autorizo a la siguiente persona que es una persona mayor de 18 años de edad y que la relación con el niño es:

Nombre	**Relación**	**Número de Teléfono**
1.		
2.		
3.		
4.		

_____ _____

Firma del padre o encargado legal **Fecha**

Este consentimiento es válido hasta que sea revocada por escrito por mí, el padre o tutor legal.

CHESAPEAKE PEDIATRICS LLC
121 OLD SOLOMONS ANNAPOLIS, MD 21401
410-224-3663