

NASA PEDIATRICS-REGISTRACION DEL PACIENTE

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO PACIENTE : _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____ SEXO: M _____ F _____ IDIOMA: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL : _____

NOMBRE DE PADRE: _____ NOMBRE DE MADRE: _____

TELEFONO DE PADRE: _____ TELEFONO DE MADRE: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: (PORFAVOR ANOTE DOS PERSONAS QUE PODAMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA Y NO PODEMOS COMUNICARNOS CON PADRES/GUARDIANES)

1. Nombre: _____ Telefono: _____

2. Nombre: _____ Telefono: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD/ CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

_____ (INICIALES) Yo e revisado el aviso de practicas de privacidad de Nasa Casa De Niños, que explica como mi informacion puede ser usada y distribuida. Yo entiendo que puedo recibir una copia de este documento. Yo, el padre/guardian del paciente mencionado, doy autorizacion a NASA Casa De Niños para proveer evaluacion medica y tratamiento. Yo entiendo que mi hijo/a debe estar presente con padres/guardians en todas sus consultas. Yo autorizo, a las siguientes personas que den consentimiento para tratamiento medico y/o procedimientos, si no estoy disponible o en mi ausencia. (Deben tener minimo 18 años)

1. Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

2. Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

3. Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

PROVEDORES

_____ (INICIALES) Nuestros proveedores viajan entre oficinas para permitir a nuestros pacientes consultarlo en una de nuestras dos oficinas convenientes (Pasadena y Scarsdale). Nuestro sistema de EMR nos permite acceder su expediente desde las dos oficinas. Porfavor de hacer una cita para ver un doctor/proveedor en particular. No Podemos garantizar que su doctor preferido este disponible si no tiene cita.

NOTIFICACION RESPECTO A RESULTADOS/REFERENCIAS

_____ (INICIALES) Si no a recibido llamada de nuestra oficina por parte de sus resultados de laboratorio/radiografia o referencia, yo entiendo que comparto responsabilidad con la oficina para obtener esta informacion. Porfavor de contactar nuestra oficina si no a recibido una llamada en relacion en 7 dias.

La informacion suministrada es cierta. Yo autorizo a mi cobertura medica pagar los beneficios directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Autorizo a NENPE O Dra. Rivera a suministrar cualquier informacion que sea requerida para procesar mi reclamo.

Nombre de Padre/Guardian

Finna de Padre/Guardian

Fecha