



**Pediátricos Asociados de Whidbey Island
Información del Paciente**

Por favor listar a solo aquellos niños para los cuales eres el tutor legal y que comparten los mismos padres. Solicitar un separar forma para otros niños. Si usted tiene preguntas, por favor pida aclaración a la recepcionista.

Legal Nombre de niño _____ Nacimiento _____ Sex: M F

Legal Nombre de niño _____ Nacimiento _____ Sex: M F

Legal Nombre de niño _____ Nacimiento _____ Sex: M F

Legal Nombre de niño _____ Nacimiento _____ Sex: M F

Preferido el método de contacto: **ELGIR UNO:**

★ Por medio de texto especificar # _____ O via telephone especificar #: _____

O través del Portal? Especificar la dirección del correo electrónico: _____

Autorizo a pediátricos asociados de Whidbey Island a entregar nuestra causa que se entregarán a los siguientes tipos de mensajes por llamada de voz o mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada a incluir sin limitarse a, recordatorios de citas, recordatorio de visita y servicios de temporada (gripe clínica)

PORTAL del paciente: Por favor pregunte a la recepcionista que inscribiremos en nuestro portal seguro para acceso limitado al expediente médico de su hijo.

Padre o Tutor #1 _____ Relación con Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Seguridad Social # _____ del empleador de los padres _____

La dirección del correo _____

¿ Vive con el paciente? Sí No de correo electrónico de los padres _____

Prioridad teléfono # _____ Página de inicio celular trabajo

Número de teléfono secundario _____ Página de inicio celular trabajo

Padre o Tutor #2 _____ Relación con Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Seguridad Social # _____ del empleador de los padres _____

La dirección del correo _____

¿ Vive con el paciente? Sí No de correo electrónico de los padres _____

Prioridad teléfono # _____ Página de inicio celular trabajo

Número de teléfono secundario _____ Página de inicio celular trabajo

DE PRIVACIDAD:

Reconozco que Pediátrica Asociados de Whidbey Island "aviso de prácticas de privacidad" se ha ofrecido a mí. El aviso proporciona información detallada sobre cómo utilizar y revelar mi información confidencial la práctica. Entiendo que el médico ha reservado el derecho a modificar sus prácticas de privacidad que se describen en el aviso. También entiendo que una copia de cualquier aviso modificado se proporcionado a mí o a mi disposición.

Signature _____

Relación con paciente _____ de fecha _____



RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Información sobre el seguro: ** debe presentarse en cada visita.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura de seguro. Copagos deben pagarse en el momento del servicio. Por la presente asigno al médico todos los pagos por los servicios médicos prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad que mi seguro no cubierta.

Firma del padre o tutor (si el paciente es menor de 18 años)

fecha

Permiso para tratamiento médico de un menor de edad

I, _____, _____,
(Nombre del tutor) (Relación con pacientes)

Doy permiso a continuación para recibir tratamiento médico para mis hijos en mi ausencia.

Por favor lista de primer nombre y apellido de persona ser nombrado.

- () Padraastro: _____
- () Abuelo(s): _____
- () Amigo de la Familia: _____
- () Otro: _____
(relación al paciente)

___ Aquí inicial si usted también da permiso para mencionado (s) hablar con cualquier representante (enfermera, médico, recepcionista, etc.) de *Pediátrica Asociados de Whidbey Island* en pacientes menor mencionado anteriormente.

Firma del padre tutor

fecha

En cualquier momento puede revocar o enmendar este permiso notificando *Pediátrica Asociados de Whidbey Island* en la escritura.

***Pediatricas Associates de Whidbey Island
275 SE Cabot Drive, Suite B-102
Oak Harbor, WA 98277
(360) 675-5555***