

DIABLO VALLEY PEDIATRICS MEDICAL GROUP  
FORMA DE REGISTRACION

**INFORMACION SOBRE EL PACIENTE:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Domicilio del Paciente: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_ Numero Alternativo: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
El paciente vive con: Ambos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DE CUENTA:**

**MADRE/OTRO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Domicilio igual al del paciente Si / No  
Domicilio del Hogar: \_\_\_\_\_ Dirección de envió: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

**PADRE/OTRO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Domicilio igual al del paciente Si / No  
Domicilio del Hogar: \_\_\_\_\_ Dirección de envió: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO:**

Seguro Médico Principal: \_\_\_\_\_  
Nombre en la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_  
Nombre en la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a mi consentimiento médico para el examen y/o tratamiento de mi hijo/a durante las visitas al consultorio. La autorización incluye pero no se limita a ningún orden de laboratorio que sea necesaria, procedimientos, al igual que la administración de las vacunas recomendadas. Una fotocopia de este acuerdo será válida al igual que la original. Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que yo lo revoque por escrito.

Se me entrego una copia de Diablo Valley Pediatrics Medical Group Inc., Póliza Financiera y el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DIABLO VALLEY PEDIATRIC MEDICAL GROUP INC.,  
POLIZA FINANCIERA

- El pago es debido al momento de servicios –, Si el seguro afirma que el paciente no es elegible, y el servicio no está cubierto bajo se cobertura médica.
- Co-pagos deben ser pagados al momento del servicio. Habrá una tarifa de \$10 adicionales por cualquier falta de pago al momento de la visita.
- Diablo Valley Pediatrics no se involucrara con cualquier en la disputa de divorcio con respecto al pago de copagos o cualquier saldo pendiente de pago. El responsable por la cuenta es responsable por copagos al momento de la visita y los saldos pendientes.
- Habrá una tarifa de \$10 forma por niño para formas escolares, de deporte, scouts y guardería que requieran firma, ser llenadas o copiadas por el personal de la oficina o médico en Diablo Valley Pediatrics. Para FMLA y formas de discapacidad habrá una tarifa de \$25 por forma.
- Habrá una tarifa de \$25 por niño para obtener una copia de registros médicos, con exclusión de la recuperación de registros médico. Recuperación de su registro medico será determinado por la forma de precios más reciente. Los registros médicos inactivos por más de dos años son enviados a almacenamiento.
- Habrá una tarifa de \$35 por cualquier cita que sea cancelada o perdida con menos de 24-horas de aviso. Tres citas o más pérdidas resultaran en que la familia sea despedida de la práctica médica.
- Habrá una tarifa de \$20 por cada cheque devuelto.
- Es la responsabilidad del responsable de la cuenta de notificar a Diablo Valley Pediatric Medical Group si hay un cambio de domicilio, número de teléfono, seguro médico, grupo médico, médico de atención primaria, o si recibe una nueva tarjeta de seguro médico.
- El seguro médico secundario solo podrá ser utilizado mientras y cuando los beneficios estén coordinados, y facturaremos al seguro médico secundario solo si se nos provee con la información del seguro médico secundario al momento de la visita.
- Si por alguna razón alguna cuenta es enviada al departamento de colecciones, el paciente será despedido de la práctica médica.

Por lo presente autorizo a mi médico para dar y recibir toda la información requerida por mi compañía de seguros con respecto a mi caso. Por lo presente instruyo a mi compañía de seguro medico a pagar directamente a mi médico cualquier beneficio permitido para los servicios profesionales prestados a mi hijo/a. Cualquier suma de dinero que se paga en virtud de este acuerdo será acreditado a mi cuenta. Acepto responsabilidad financiera por cualquier cobro que no sea pagado por mi seguro médico. Comprendo que se me es requerido pagar copagos y servicios no cubiertos por mi seguro médico al momento de la visita. El estado de cuenta será enviado al responsable de la cuenta a menos que yo indique de otra manera. Una fotocopia de este acuerdo será válida al igual que la original. Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Reconozco que la información anterior es correcta.

Firma del responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DIABLO VALLEY PEDIATRICS MEDICAL GROUP, INC.

Autorización para tratar el paciente

Diablo Valley Pediatrics tiene consentimiento y autorización de tratar e/o examinar a \_\_\_\_\_  
(Nombre del

paciente)

Esta autorización incluye pero no se limita a ningún orden de laboratorio que sea necesaria, procedimientos, al igual que la administración de las vacunas recomendadas

Por la presente autorizo a: \_\_\_\_\_  
(Nombre de persona que traerá al paciente)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de persona que traerá al paciente)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de persona que traerá al paciente)

Para acompañar a mi hijo/a antes mencionado a las visitas de oficina con Diablo Valley Pediatrics Medical Group y el consentimiento al examen y/o tratamiento de mi hijo durante las visitas al consultorio. Esta autorización incluye las pruebas necesarias, los procedimientos, así como la administración de las vacunas recomendadas.

Esta autorización estará en efecto  
(Seleccione solo una de las siguientes opciones)

\_\_\_\_\_ Sólo en \_\_\_\_\_  
(Solo en esta Fecha)

\_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Fecha)

\_\_\_\_\_ A partir de hoy hasta que sea revocada por mí parte por escrito.

Me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Diablo Valley Pediatrics Medical Group.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente mayor de 18 años)

Firma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_