

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**  
**PRÁCTICA PEDIÁTRICA, PC**

8600 Rolling Rd. Suite 100, Manassas, VA 20110 / 703-361-3870  
 4080 Lafayette Center Dr. Suite 230A, Chantilly, VA 20151 / 571-321-1086

<b><u>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</u></b>	<b><u>INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO</u></b>
Nombre	Nombre
Fecha de nacimiento	Dirección
Teléfono	
Dirección	Teléfono
	<b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>
<b><u>CONTACTO DE EMERGENCIA</u></b>	Grupo
Teléfono	
Padre/Tutor	<b><u>SEGURO SECUNDARIO</u></b>
Nombre	Nombre
Fecha de nacimiento	Dirección
Número de Seguro Social	
Dirección	Teléfono
	<b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>
Teléfono	Grupo
<b><u>OTRA INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES</u></b>	
Nombre	Seguridad social
Fecha de nacimiento	Dirección

**PÓLIZA** Los pacientes que tienen seguro de salud deben recordar que los servicios del prof. son cargos al paciente y no a la compañía de seguros Su compañía de seguros no tiene obligación de pagar por los servicios prestados en esta oficina, su obligación para con usted, el titular de la póliza. Aunque el reclamo se presente a la compañía de seguros en su nombre, usted es responsable del pago en la cuenta. Esta oficina no puede aceptar la responsabilidad de verificar los pagos atrasados del seguro o de negociar un acuerdo en su nombre.

**Cualquier equilibrio es responsabilidad del paciente / padres.**

**AUTORIZACIÓN** Por la presente autorizo a Pediatric Practice, PC a solicitar beneficios en mi nombre los servicios prestados. Solicito que el pago se realice directamente a la práctica / proveedor mencionado anteriormente. Entiendo y acepto que soy personalmente responsable de todas las tarifas no pagadas por la compañía de seguros.

Certifico que la información con respecto a mi seguro es correcta y autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida la información médica para este o cualquier otro reclamo relacionado a la compañía de facturación mencionada anteriormente. Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original; Esto podría ser revocado por los anteriores o por mí por escrito, Ant Time. Por la presente autorizo la divulgación de mis registros y la discusión de mi atención con mi médico tratante y otros proveedores de atención médica.

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------