

**HEBRON PEDIATRICS**  
Formulario de Registro del Paciente

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ **Apt. No:** \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Raza (favor de circular): American Indian/Alaska Nativo/Asiático/Blanco/Afroamericano/Otra  
Origen étnico (por favor circule): Hispano/ No Hispano

**Nombre de la madre o tutor:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ **Consentimiento para recibir mensaje de texto:** Si No  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ **Consentimiento para el portal del paciente:** Si No  
Si la dirección es la misma que la anterior, marque aquí   
Dirección: \_\_\_\_\_ **Apt. No:** \_\_\_\_\_  
La ciudad: \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal de** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ **Consentimiento para recibir mensaje de texto:** Si No  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ **Consentimiento para el portal del paciente:** Si No  
Si la dirección es la misma que la anterior, marque aquí   
Dirección: \_\_\_\_\_ **Apt. No:** \_\_\_\_\_  
La ciudad: \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal de** \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**HEBRON PEDIATRICS**  
Formulario de Registro del Paciente

**Nombre seguro primario:** \_\_\_\_\_  
Nombre del tomador: \_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario (si corresponde):** \_\_\_\_\_  
Nombre del tomador: \_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

**Referido por** (Por favor circule) :(Amigo) (Médico) (Escuela) (Google) (Seguro) (Otra)\_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla, acepta recibir mensajes recurrentes de Hebron Pediatrics. Responda STOP para cancelar su suscripción. Responda AYUDA para obtener ayuda. La frecuencia de los mensajes varía. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Los transportistas no son responsables de los mensajes retrasados o no entregados.

Garantizo que soy la parte responsable de tomar las decisiones médicas para el niño representado en este expediente médico. Por la presente doy mi consentimiento para que el personal de Hebrón Pediatrics trate a mi hijo. Reconozco que el pago se debe en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Asumo la responsabilidad financiera de todos los servicios de atención médica proporcionados a este paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Guardián legal /Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**HEBRON PEDIATRICS**  
Formulario de Registro del Paciente

**Política de Oficina**

**Declaración de Obligación Financiera**

Todos los pagos se requieren en el momento de servicios. Esta oficina tiene contrato con varios planes de seguro. Estaremos encantados de representar su seguro. Sin embargo, se espera pagar el Copago, Deducible, o Coaseguro debido a cada visita. Aceptamos pagos en efectivo o tarjetas de crédito. Saldos de cuentas después de 60 días, tendrán un cargo mensual de \$25 hasta que sea pagado su totalidad.

**Médico de atención Primario**

Si su compañía de seguro requiere que seleccione un médico de atención primaria, esto debe hacerse antes de la cita de su hijo/a. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compañía de seguro de salud. Usted es totalmente responsable por los servicios no cubiertos.

**Pacientes con pagos privados**

Si no tiene seguro, su pago es debido en el momento de servicios.

**Declaración de Obligaciones de beneficios**

Todos los pacientes se espera que proporcionen la información sobre el seguro actual y comprender sus beneficios en nuestra oficina. Para la comodidad de nuestros pacientes, nuestro proveedor participa en una variedad de planes de atención administrada. Esto puede incluir completar certificaciones previas, verificación de elegibilidad o documentos similares en nombre de el paciente. Por ultimo, el paciente es responsable de entender sus beneficios y proporcionar la información actual por lo que podemos manejar este papeleo en su favor de manera oportuna.

**Registros Médicos / Registro de Vacunas / Formas de escuela**

Nuestra oficina tiene 30 días para liberar los registros médicos. Por favor dar nuestra Oficina 5 días hábiles para formas de la escuela, formas de campamento y formas físicas deportivas. Nota: No proveemos copias de registros médicos excepto registro de vacuna. Hay una tarifa de \$10 por copia digital de registros médicos.

He leído, entendido y cumplirá con las políticas anteriores. Entiendo que tengo responsabilidad de los cargos ocurridos por mis hijos independientemente del seguro beneficios. Si mediante el uso de la información que he proporcionado hoy o en ocasiones anteriores, Hebrón Pediatrics es incapaz de colectar de mi compañía de seguros, Acepto completa responsabilidad para el pago de mis facturas.

Firma del Padre/ Guardián legal /Garante: \_\_\_\_\_

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

**HEBRON PEDIATRICS**  
Formulario de Registro del Paciente

Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información Médica

Por lo presente permito Hebrón Pediatrics liberar y proporcionar todos los datos médicos y financieros relacionados con el paciente que puede ser necesario ahora o en el futuro con el propósito de tratamiento, pago u operación profesional de la salud para ayudar o facilitar la recolección de datos para fines de revisión de utilización, aseguramiento de la calidad o proceso de evaluación de los resultados médicos. Dicha información puede ser divulgada a las compañías de seguros, HMO y de PPO, organizaciones de atención administrada, Medicare/Medicaid u otros gubernamentales o terceros pagadores o cualquier organización contratante con cualquiera de las anteriores entidades desempeñar las funciones.

El aviso de privacidad proporcionada por Hebrón Pediatrics proporciona una descripción completa de cómo mi Información Personal de salud puede utilizarse y divulgarse.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción del uso y divulgación de su información médica en la oficina. Sin embargo, esta oficina no es requerida de aceptar la restricción solicitada. El tratamiento en esta oficina está condicionado al firmar este consentimiento.

Firma del Padre/ Guardián legal /Garante: \_\_\_\_\_

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

**HEBRON PEDIATRICS**  
Formulario de Registro del Paciente

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Previous Doctor/Facility Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_

I hereby authorize the release of the following records to:

**Facility Name: Hebron Pediatrics      Facility Phone: 972-695-9630      Fax: 972-694-0000**

**Facility Address: 3020 E Hebron Pkwy, Ste 300, Carrollton, TX 75010**

The information requested is as follows:

- Immunization Records
- Other: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_