

Fecha: _____



ARIZONA
pediatrics

22 E. Mitchell Dr. • Phoenix, AZ 85012
Phone: 602-277-5731 • Fax: 602-277-5995

Forma de Registracion

Gracias por su confianza en Arizona Pediatrics por el cuidado medico de su nino.
Por Favor tome unos minutos para completar la forma de informacion .

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (F/D/N) _____

Numero de seguro social: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Paciente vive con: Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Otra Persona _____

Domicilio: _____
(apt#) (Ciudad) (Estado) (codigo postal)

Telefono de casa: _____ Otro telefono _____

INFORMACION DE PADRES

Nombre de Mama: _____ Nombre de Papa: _____

Numero de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Nombre del Empleador: _____ Nombre del Empleador: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Telefono: _____ Telefono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Telefono: (_____) _____

Domicilio: _____ Relacion: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Asegurans Primaria: _____ Asegurans Secundaria: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Telefono: _____ Telefono: _____

Nombre del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado _____

F/D/N del Asegurado: _____
(fecha de nacimiento)

F/D/N del Asegurado: _____
(fecha de nacimiento)

Relacion al paciente: _____

Relacion al paciente: _____

de Poliza: _____

de Poliza: _____

de Grupo: _____

de Grupo: _____

ACUERDO DE PAGAR POR TRATAMIENTO Y DIVULGAR INFORMATION

Authorizo que se hagan pagos directamente a Arizona Pediatrics y me hago responsable por cualquier cargo o servicio que no este cubierto por la aseguranza. Por medio de mi firma certifico que toda la informacion que he dado es correcta incluyendo la informacion del seguro medico.

Firma del padre/representante legal

Fecha

Doy mi autorizacion para que se divulgue cualquier informacion medica necesaria para procesar los reclamos a la aseguranza.

Firma del padre/representante legal

Fecha

NOS ES REQUIRIDO POR LA LEY MANTENER UNA COPIA DE SU TARJETA DE ASEGURANZA



**ARIZONA
pediatrics**

CONTINUACION DE PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ soy el padre o madre natural o representante
(nombre de padre/representante legal)

legal con custodia de _____ Yo autorizo las personas indicadas abajo
(nombre de paciente)
que den consentimiento para tratamiento medico para mi hijo/hija cuando yo personalmente no puedo estar presente. Esta persona(s) pueden dar permiso para cualquier examen medico, exámenes de laboratorio, o cualquier tratamiento necesario para mi hijo/hija.

Yo permito que el cuidado medico sea proporcionado por cualquier doctor que este empleado por Arizona Pediatrics.

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Numeros a llamar en caso de emergencia: _____

Firma de los padres o representante legal

Fecha

Witness

Fecha



ARIZONA
pediatrics

Wendy Rocha Saucedo, MD
Paul Antseliovich, MD
Patrick Arambula, MD

22 E. Mitchell Dr. • Phoenix, AZ 85012
Phone: 602-277-5731 • Fax: 602-277-5995

Autorizacion Para Divulgar Informacion Medica

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

To _____
(nombre del doctor/practica)

_____ Domicilio

_____ Ciudad Estado Codigo Postal

Yo autorizo el docotro/la practica indicada que mande por correo/fax copias de la informacion medica para el paciente indicado a:

_____ (Name of company or person(s) to receive records)

_____ Address

_____ City State Zip Code

I authorize the release of medical records. FOR THE PURPOSE HEREOF, "MEDICAL RECORDS" SHALL INCLUDE ALL CONFIDENTIAL HIV-RELATED INFORMATION (AS DEFINED IN A.R.S. SECTION 36-661), CONFIDENTIAL COMMUNICABLE DISEASE-RELATED INFORMATION (AS DEFINED IN A.R.S. SECTION 36-661), CONFIDENTIAL ALCOHOL OR DRUG ABUSE-RELATED INFORMATION (AS DEFINED IN 42 CFR SECTION 2.1 ET SEQ), AND CONFIDENTIAL MENTAL HEALTH DIAGNOSIS/TREATMENT INFORMATION.

Informacion Media (Indique uno)

- () Toda informacion medica
- () Solamente the information indicada (indique fecha y tipo de informacion) _____

_____ Firma del Padre/representante legal

_____ Fecha

_____ Firma de representante de Arizona Pediatrics

_____ Fecha