

EMR # \_\_\_\_\_

**DR. SAROJINI BOSE, M.D.**  
**ASHLEY PEDIATRICS DAY & NIGHT CLINIC**

**FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal : \_\_\_\_\_

# de Casa: \_\_\_\_\_ Numero Celular: \_\_\_\_\_ Otro Numero \_\_\_\_\_

**(\*)Informacion Requerida:**

\*Nombre de Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

\*Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ \*Numero: \_\_\_\_\_

\*Direccion de Correo Electronico: \_\_\_\_\_

\*Raza: \_\_\_\_\_ \*Etnicidad: \_\_\_\_\_ \*Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

**\*Somos capaces de dejar el mensaje en lo que respecta a los pacientes a los numeros mencionados anteriormente: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO**

**(\*) REQUERIDO**

**INFORMACION DE LOS PADRES**

\* Nombre Del Padre \_\_\_\_\_ \*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ \* # Social \_\_\_\_\_

\*Empleador: \_\_\_\_\_ \*# de Trabajo: \_\_\_\_\_ \*#de Ext: \_\_\_\_\_

\* Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ \*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ \*# Social \_\_\_\_\_

\*Empleador: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_ # de Ext \_\_\_\_\_

**POR FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE SEGURO MEDICO**

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

\* # de Telefono de la Casa: \_\_\_\_\_ # de Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_

Quien la/lo refirio o como oyo de esta clinica? \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Yo autorizo a Ashley Pediatrics Day & Night Clinic aplicar para beneficios en mi nombre para cubrir servicios recibidos por parte del medico o por orden del medico. Solicito que el pago por parte de mi compania de seguros sea hecho directamente a Ashley Pediatrics Day & Night Clinic.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO**

Yo entiendo que el pago se hace al recibir el tratamiento, a menos que otros arreglos sean hechos previamente. Yo estoy de acuerdo en que los padres/guardianes legales son responsables de cubrir todos los pagos derivados por servicios del tratamiento al paciente. Yo acepto toda la responsabilidad financiera por todos los pagos que no sean cubiertos por mi compania de seguros. Yo he recibido una copia del Aviso acerca de las Practicas de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar que se utilice la informacion sobre mi salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_