



3525 SUGARLOAF PARKWAY
LAWRENCEVILLE, GA 30044
PH- 678-377-1113 FAX- 678-377-9390

Actualizacion de la Informacion del Paciente:

Apellido _____ Nombre _____ Nacimiento _____ Sexo _____
Apellido _____ Nombre _____ Nacimiento _____ Sexo _____
Apellido _____ Nombre _____ Nacimiento _____ Sexo _____
Apellido _____ Nombre _____ Nacimiento _____ Sexo _____
Apellido _____ Nombre _____ Nacimiento _____ Sexo _____

Direccion _____ Telefono _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Correo Electronico _____

Raza: Indio Americano Afro-American Asiático Blanco Otro

Idioma Preferido: _____

Informacion de la Mama/Guardia:

Nombre _____ Apellido de Soltera _____
Fecha de Nacimiento _____ Telefono _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Informacion del Padre/Guardia:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Persona Responsable _____ Relacion con el Paciente _____
Con quien vive el nino/a? _____
Quien tiene custodia legal? _____

EN CASO EMERGENCIA (Que NO VIVE con el Paciente)

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Firma de Padres/Guardia

Fecha

Informacion de Seguro Medico/Responsabilidad de pagos

Compañía de seguro médico: _____

Entiendo que el pago de toda la atención médica debe ser pagado al momento que el servicio es dado. En caso de padres divorciados, la responsabilidad del pago será del tutor que traiga al niño/a para recibir tratamiento médico. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, co-seguro, o cualquier otro balance no pagado por mi compañía de seguros. **Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible y cualquier cantidad no cubierta por mi seguro médico.**

Entiendo que es mi responsabilidad hablar y cancelar/cambiar mi cita de Revisión Anual/Revisión Física, antes de la cita agendada. De no hacerlo resultara en un cobro de \$15 por “Cita Perdida” por cada cita que fue agendada. Copias de las formas de vacunas (3231) y formas de Audición, Visión, Dental, y Nutrición (3300) pedidas después de la Revisión Anual tendrán un costo de \$5 por forma.

Entiendo que cada compañía de seguro médico tiene ciertos laboratorios designados y es mi responsabilidad saber e informar al personal de Sugarloaf Pediatrics cual laboratorio mi seguro cubre.

Concedo permiso a Sugarloaf Pediatrics liberar cualquier información pertinente a mi seguro médico como sea necesitada. Asigno y autorizo cualquier pago directamente a Sugarloaf Pediatrics. Fotocopia de esta autorización será considerada válida y efectiva como la original.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Consentimiento para Vacunacion

Estoy dispuesto/a en dar todas las vacunas requeridas por la Academia de Pediatría Americana y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

Firma del Padre/ Guardián

Fecha

Aviso de Practicas de Privacidad/ HIPAA

He leído y revisado la copia adjunta de Aviso de Practicas de Privacidad de Sugarloaf Pediatrics

Firma Del Padre/ Guardian

Fecha

Autorizacion de Mensaje de Texto

Autorizo a Sugarloaf Pediatrics a enviar mensajes de texto de recordatorio de citas al número de teléfono celular que figura en el registro.

Firma del Padre/Guardián

Fecha