

Información del paciente:					
Nombre (Primero, segundo y apellido):		Fecha de nacimiento:	Sexo:	Idioma que habla:	
Dirección:		Ciudad, estado, código postal		Teléfono particular:	
Médico de atención primaria:		Médico que remite:			
Teléfono:		Teléfono:			
<input type="checkbox"/> Padre o madre		<input type="checkbox"/> Información del tutor		<input type="checkbox"/> Padre suplente	
Nombre (Primero, segundo y apellido): #1		Nombre (Primero, segundo y apellido): #2			
N. ° del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	N. ° del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:
Dirección:		Dirección:			
Ciudad, estado, código postal	Teléfono particular:		Ciudad, estado, código postal	Teléfono particular:	
Teléfono del trabajo: Ext:	Teléfono celular:		Teléfono del trabajo: Ext:	Teléfono celular:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:			
Nombre del administrador de casos:		Teléfono:		Fax:	
Seguro principal:					
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre del asegurado (Primero, segundo y apellido):			
Nº de póliza:	Nº del grupo:		Empleador:		
Dirección de envío de las reclamaciones:		Dirección del empleador:			
Ciudad, estado, código postal:	N. ° de teléfono:		Cantidad del copago \$	Cantidad del deducible \$	N. ° de teléfono:
Seguro secundario:					
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre del asegurado (Primero, segundo y apellido):			
Nº de póliza:	Nº del grupo:		Empleador:		
Dirección de envío de las reclamaciones:		Dirección del empleador:			
Ciudad, estado, código postal:	N. ° de teléfono:		Cantidad del copago deducible \$	Cantidad del \$	N. ° de teléfono:
Contacto de emergencia:					
Nombre (Primero, segundo y apellido):		Relación con el paciente:			
Teléfono particular:	Teléfono celular:		Teléfono del trabajo:	Teléfono alternativo:	

Manque una o más: Asiático Negro o afroamericano Hispanoamericano No responde
 Indoamericano o nativo de Alaska Isleño del Pacífico o nativo de Hawaii Raza blanca Multirracial

Cedo todos los beneficios médicos o quirúrgicos a los que tengo derecho, bajo la cobertura de seguro privado o cualquier otro plan de salud, a Banner Health. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar reclamaciones y el pago directo de los beneficios por parte de mi compañía de seguros. Acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos como, entre otros, copagos y deducibles anuales. Al firmar a continuación, por medio del presente reconozco que recibí el Aviso de políticas de privacidad y mi Acuerdo de tratamiento médico. *Esto incluye mis preferencias de comunicación por correo electrónico o por teléfono, así como el Acuerdo de consentimiento de tratamiento.*

Solo para pacientes existentes: ¿Le gustaría realizar cambios al Acuerdo de tratamiento médico en este momento? Marque una: Sí No

Se necesita un permiso de divulgación de información por separado para la divulgación de copias de sus archivos médicos. ¿Podemos dejar un mensaje en el buzón de voz del teléfono de su casa o celular respecto al cuidado en casa? Sí No

Firma del padre o tutor

Fecha