

# Cornerstone Pediatric Urgent Care

1430 N Cooper Rd, Ste 101 • Gilbert, AZ 85233 • 480.633.1111 • www.mysickkid.com

(Revised 11/09)

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE				
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO Hombre ____ Mujer ____
INFORMACIÓN DE PADRES O PERSONA CON CUSTODIA				
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL - -
RELACIÓN CON EL PACIENTE	LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO	TELÉFONO DE CASA ( )	TELÉFONO CELULAR ( )
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
EMAIL		EMPLEADOR		TELÉFONO DE TRABAJO ( )
INFORMACIÓN DE ASEGURANZA - Presente la tarjeta de seguro medico a la recepcionista				
NOMBRE DE ASEGURANZA PRINCIPAL		NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA		
¿Es la padre nombrada arriba el asegurado primario (marque uno)? SI NO (Si, no llene esta sección)				
APELLIDO DE ASEGURADO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL - -
RELACIÓN CON EL PACIENTE	LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO	TELÉFONO DE CASA ( )	TELÉFONO CELULAR ( )
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INFORMACIÓN DE SU PEDIATRA O OTRO DOCTOR PRINCIPAL				
NOMBRE	NOMBRE DE LA CLÍNICA		TELÉFONO DE LA CLÍNICA ( )	FAX ( )
¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS?				
<input type="checkbox"/> Doctor primario <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Por carro <input type="checkbox"/> Magnets <input type="checkbox"/> Revista _____ <input type="checkbox"/> Otro clinica urgente <input type="checkbox"/> Otro _____				
CONTACTO DE EMERGENCIA - Alguien que no viva en las misma residencia				
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO DE CASA ( )	TELÉFONO CELULAR ( )
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

**La tarea de Beneficios:** En caso que el paciente, su representante autorizado o el garante que firma abajo, tiene derecho a beneficios de cualquier tipo que surge fuera de cualquier política de asegurar al paciente o cualquier otro partido responsables del paciente, esos beneficios por la presente son asignados a Cornerstone Pediatric Urgent Care para la aplicación a la cuenta del paciente. Tal pago descargará la compañía de seguros de cualquier obligación bajo la política hasta el punto que el pago ha sido hecho por consiguiente a los términos de la política. El abajo firmante se quedará responsable de cualquier y todas cargas no pagadas por la compañía de seguros y/o no cubierto por esta tarea. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier política de seguro que asegura al paciente, o cualquier otro partido responsable de este paciente, por la presente es asignado a la Cornerstone Pediatric Urgent Care.

La Firma del garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Responsabilidad financiera:** Conuerdo que a cambio de los servicios proporcionados al paciente por Cornerstone Pediatric Urgent Care y/o cualquier médico que ayudan o los proveedores, yo pagaré la cuenta del paciente antes de descarga o haré arreglos financieros satisfactoriosa Cornerstone Pediatric Urgent Care. En caso de defecto, yo conuerdo en pagar todos costos de colecciones, y de los honorarios de abogado razonables. Una cuenta morosa (60 días de la fecha de servicio) será cargada un \$10.00 honorario que factura y puede ser cargado interés en la tasa legal.

ES COMPRENDIDO QUE PUEDE ABER CARGO ADICIONAL PARA RADIOGRAFIAS O PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADO POR PROVEEDORES U ORGANIZACIONES DE OTRA MANERA QUE CORNERSTONE PEDIATRIC URGENT CARE QUE EL BILL SERA MANDADO SEPARADAMENTE.

La Firma del garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tartar a un menor y/o revelar informacción:** Por la presente autorizo Cornerstone Pediatric Urgent Care y de sus proveedores para examinar y tratar a mí oa mi hijo cuando sea necesario. También autorizo la liberación de mi / nuestra información de salud protegida (PHI), adquirida en el curso del examen para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de salud (TPO) en nuestro nombre.

La Firma del garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_