516 Quintard Ave, Anniston, AL 36201 -- Phone 256-741-9799 Fax 256-741-9795
4441 Hwy 431 Ste 1, Roanoke, AL 36274 -- Phone 334-863-2553 Fax 334-863-2558
2468 Moody Parkway, Moody, AL 35004 -- Phone 205-640-1200 Fax 205-640-1005

Purohit Pediatric Clinic

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente		Género Masculino o Femenino	Fecha de Nacimiento del Paciente
Dirección de Correo		Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Número de Seguro Social	
Idioma del Paciente Inglés – Español - Otro	Etnia Hispano - No Hispano - Otro	Raza del Paciente Caucásico – Afroamericano – Hispano – Asiático – Otro_____	
Dirección de Correo Electrónico		Método de Comunicación Preferido Teléfono de casa - Correo electrónico - Teléfono móvil - Teléfono del trabajo	
¿Su hijo recibirá vacunas apropiadas para su edad? Sí o No		Nombre y Ubicación de la Farmacia Preferida	
Nombre de la Madre	Fecha de Nacimiento de la Madre	Tutor Legal Sí o No	
Empleador de la Madre	Teléfono Móvil de la Madre	Número de Seguro Social de la Madre	
Nombre del Padre	Fecha de Nacimiento del Padre	Tutor legal Sí o No	
empleador del padre	Teléfono celular del padre	Número de Seguro Social del padre	

INFORMACIÓN DE SEGURO

Aseguradora de seguro primaria	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento
ID del asegurado o número de contrato	Número de grupo	
Aseguradora de seguro secundaria	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento
ID del asegurado o número de contrato	Número de grupo	

Por favor, entregue a la recepcionista su tarjeta de seguro y identificación con foto junto con este formulario tan pronto como lo tenga completado todas las secciones. ¡Gracias!! !

Entiendo que Purohit Pediatric Clinic, LLC facturará a mi compañía de seguros por los servicios prestados. El facturación de mi seguro es una cortesía proporcionada por Purohit Pediatric Clinic, LLC y entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos que se incurren cuando se prestan los servicios.

Firma del tutor	Fecha	Relación

POR FAVOR VEA EN LA PAGINA CONTRARIA

Purohit Pediatric Clinic

PERMISO PARA EL TUTOR NO LEGAL QUE CONSINTA EL TRATAMIENTO

Represento que soy el padre/tutor legal autorizado para tomar decisiones de atención médica para mi hijo. Otorgo voluntariamente a los siguientes Representantes para actuar como mi apoderado/representante porque no puedo acompañar a mi hijo. Entiendo que esto significa que Purohit Pediatric Clinic, LLC no es responsable de contactarme sobre este tratamiento ni de las acciones de mi Representante.

Nombre completo de mi hijo:_____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente otorgo poder y concedo los permisos a los siguientes REPRESENTANTES MAYORES DE 18 AÑOS:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

*****TU REPRESENTANTE DEBE TRAER SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA/LICENCIA DE CONDUCIR*****

Por favor lea e initiale junto a cada uno de los siguientes

_____ El Representante está autorizado para consentir todo tratamiento médico y/o quirúrgico y/o otros médicos

_____ procedimientos (incluido la administración de pruebas diagnósticas, vacunas, rayos X, etc.) para el/la menor anteriormente mencionado/a. Entiendo que el Representante recibirá información del paciente e

_____ instrucciones de alta relacionadas con el tratamiento proporcionado.

Entiendo que esta autorización sirve como el derecho para que el Representante dé permiso para mi tratamiento del niño por Purohit Pediatric Clinic, sus empleados, agentes y médico(s) de mi hijo y/o

_____ sus representantes designados.

Entiendo que soy totalmente responsable del pago de todos los servicios proporcionados a mi hijo. Si el

_____ paciente tiene seguro, esto incluye copagos y deducibles. También recibiré facturas por otros servicios.

Puedo revocar (cambiar de opinión) esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación debe ser por escrito y dirigida al Director de Purohit Pediatric Clinic, 516 Quintard Ave, Anniston, AL 36201. Fax: (256) 256-9795. La revocación será efectiva al ser recibida por los profesionales que atienden a su hijo. Entiendo que Purohit Pediatric Clinic y el/los médico(s) no son responsables de las acciones ya tomadas debido a la confianza en esta autorización.

_____ Tengo la autoridad para firmar esta autorización y lo hago de forma voluntaria.

Por la presente libero, indemnicé y no responsabilizo y/o liable. al/los médico(s). Purohit Pediatric Clinic y otras personas que actúan confiando en esta autorización.

Nombre impreso del Tutor Legal:_____

Firma del Tutor Legal:_____ **Fecha:**_____