

**Informacion de su Hijo**

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

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_ Blanco \_\_\_ Indeterminado \_\_\_ Negro Afro Amer. \_\_\_ Indio Amer. Nat AK \_\_\_ Asiatico \_\_\_ Nat HI

Origen etnico: \_\_\_ No Hispano Latino \_\_\_ Hispano Latino \_\_\_ Indeterminado

Idioma : \_\_\_ Espanol \_\_\_ Ingles \_\_\_ Especificar

**Nombre de la persona responsable de pago**

Relacion al paciente : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad,Estado: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_

Cell : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad,Estado: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Poliza Primaria:** \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de ID # : \_\_\_\_\_

# de grupo : \_\_\_\_\_

**Poliza Secundaria:** \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de ID # : \_\_\_\_\_

# de grupo : \_\_\_\_\_

**Autorización para pagar beneficios a médico:** 1. autorizo el pago directo a la anterior llamada corporation. Entiendo Arizona Pediatric Clinics será presentar una reclamación de seguros en mi nombre como una cortesía, sin embargo, soy financieramente responsable. 2. Seguros privados con un deducible se espera para pagar el importe de la visita de Oficina completa en el momento de la visita, hasta que se cumpla el deducible. No hay plan de pagos para satisfacer deducibles. 3. Después de 3 declaraciones de APC sobre los saldos pendientes de pago el fiador se enviará a una agencia de cobro y o servicio jurídico. 4. certifica que no tiene ninguna otra compañía de seguros en este momento. 5. Cobertura AHCCCS es siempre el *pagador de último recurso*, por lo tanto, deberá proporcionarse información de coaseguro junto con la información de cobertura de Medicaid del Estado. Si el padre no proporciona esta información de cobertura médica de una *manera oportuna* APC no es reembolsado por la compañía médica, el padre será responsable total factura.

**Autorización para divulgar información:** autorizo la anterior Corporación con nombre para liberar toda la información necesaria en el curso de mi examen o tratamiento para las compañías de seguros para el pago. Autorizo a cualquier fotocopias de este formulario para ser válida como el original, de conformidad con la práctica de privacidad HIPAA.

**Parent or Guardian Firma** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

