

# PONTCHARTRAIN PEDIATRICS, LLC

Cuenta # \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE GARANTE

El Nombre del Padre _____
A casa Dirección _____
Ciudad/Estado/Código postal _____
SS # _____
A casa Teléfono _____
Teléfono móvil _____
Teléfono de Trabajo _____
Patrón _____
El conductor Lic. # _____
Fecha de Nacimiento _____

El Nombre de la Madre _____
A casa Dirección _____
Ciudad/Estado/Código postal _____
SS # _____
A casa Teléfono _____
Teléfono móvil _____
Teléfono de Trabajo _____
Patrón _____
El conductor Lic. # _____
Fecha de Nacimiento _____

## INFORMACIÓN PACIENTE

El Apellido del Paciente _____	Primero _____	Medio _____
A casa Dirección _____		
Ciudad/Estado/Código postal _____		
La Fecha de Nacimiento _____ M Sexual o F (rodea sobre un)		
Relación a Garante _____ SS # _____		

## INFORMACIÓN DE SEGUROS

<b><u>Seguro Primario</u></b>
El Nombre del Suscriptor (la Persona que lleva la política) _____
Nombre de Compañía de seguros _____
<b><u>Seguro Secundario</u></b>
El Nombre del Suscriptor (la Persona que lleva la política) _____
Nombre de Compañía de seguros _____

Otros niños que son los pacientes de **Pediatría Pontchartrain, LLC**:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contacto De la emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y dirijo el pago de mis ventajas médicas a la Pediatría Pontchartrain para cualquier servicio amueblado a mí por los médicos. Entiendo que soy solvente para cualquier servicio no cubierto. También doy la autorización de liberar a mi compañía de seguros cualquier información tuvo que tratar reclamaciones.

X

Firma de Garante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**PONTCHARTRAIN PEDIATRICS  
4405 HWY 190 SERVICE RD.  
COVINGTON, LA 70433  
985-893-8505  
985-893-0093 FAX**

FECHA: \_\_\_\_\_

NIÑO: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ AUTORIZO EL SIGUIENTE PARA CONSENTIR EN EL TRATAMIENTO DE MI NIÑO. LE NOTIFICARÉ SI CUALQUIER CAMBIO ES HECHO A LOS NOMBRES A ESTA LISTA.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

FIRMA: \_\_\_\_\_

IMPRESIÓN: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE AISLAMIENTO**

Reconozco que he recibido el Aviso de Aislamiento atado.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o Personal Representativa

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si la firma del Representante Personal aparece susodicha, por favor describa la relación del Representante Personal al paciente:

\_\_\_\_\_

Pontchartrain Pediatrics, LLC  
Acuerdo Financiero De política  
y Consentimiento de Evaluar y Tratar

Creemos que cada uno se beneficia cuando hay un entendimiento claro y definido de nuestra política financiera antes del tratamiento.

1. **TODOS LOS PACIENTES CON PROYECTOS de CARE** (Cooperativa de la ayuda americana en todo el mundo) **MANEJADOS:** Esto es su responsabilidad de saber(conocer) y entender su plan de Cuidado Manejado. Generalmente, estos proyectos requieren el pago de deductibles y/o co-pagos en el momento del servicio.

2. **TODOS LOS PACIENTES CON SEGURO:** Nuestra oficina clasificador su seguro si usted provee de nosotros de la información apropiada. Esperarán que usted pague cualquier equilibrio no cubierto por su compañía de seguros en el momento del servicio. Si su seguro paga demasiado, le reembolsaremos puntualmente de ser solicitado por escrito por el asegurado. De otra manera, los pagos excesivos serán acreditados a su cuenta de futuros servicios. Si su compañía de seguros no paga dentro de 60 días, usted es responsable del equilibrio restante y será facturado en consecuencia.

Esto es su responsabilidad de supervisar sus ventajas y el máximo anual. Seremos felices asistirle con cualquier nueva sumisión de gastos a su portador de seguros.

3. **PACIENTES SIN SEGURO:** Esperan a todos los pacientes sin el seguro para pagar los honorarios enteros en el momento del servicio a no ser que otras disposiciones fueran hechas por adelantado con nuestra oficina.

4 **PREGUNTAS:** Le animan a llamar a nuestra oficina si hay cualquier pregunta sobre esta información. Si en cualquier momento durante los problemas de curso de tratamiento con esta política financiera surgen, le animan a hablar con nuestra oficina.

**PARA SU CONVENIENCIA ACEPTAMOS EL DINERO EFECTIVO O CHEQUES PERSONALES.**

He leído y estoy de acuerdo con estos términos(condiciones).

La Firma del Partido Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo la liberación de cualquier información médica u otra necesaria de tratar reclamaciones de seguros o enviar a una agencia de colecciones. Si usted usa el seguro, por favor firme debajo para asignar ventajas a la Pediatría Pontchartrain para todas las visitas:

La Firma del Partido Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Autorizo a los doctores en la Pediatría Pontchartrain, LLC para evaluar y tratar \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación a Paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_