



Partners In Health Pediatrics
Healthcare for Future Generation

Sonober Umair, MD
Board Certified Pediatrics

Para su conveniencia, imprima y complete el formulario de registro para agilizar el registro de pacientes nuevo.

REGISTRATION/INFORMATION

NOMBRE: Apellido _____ Primer Nombre _____ Apodo _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo(circula) F/ M Seguro Social _____

Paciente vive con(circula) Padre /Tutor/ otro _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono# _____ Cell# _____ Email _____

Alergias SI/NO _____

Contacto de Emergencias _____ Telefono _____ Relacion _____

PADRE/TUTOR INFORMACION

Apellido de Madre _____

Apellido de Padre _____

Primer Nombre _____

Primer Nombre _____

Direccion _____

Direccion _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Nacimiento _____

Seguro Social _____

Seguro Social _____

Telefono _____

Telefono _____

Celular _____

Celular _____

Email _____

Email _____

Trabajo _____

Trabajo _____

INFORMACION DE ASEGURANSA

PRIMARIA SECUNDARIA

Nombre de Aseguransa _____

Nombre de Aseguransa _____

Responsable de la Poliza _____

Responsable de la Poliza _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Nacimiento _____

Numberode la Poliza# _____

Numberode la Poliza# _____

Numero de Grupo# _____

Numero de Grupo# _____

Nombre de Trabajo _____

Nombre de Trabajo _____



Partners In Health Pediatrics

Healthcare for Future Generation

Sonober Umair, MD

Board Certified Pediatrics

INFORMACIÓN Y ASIGNACIONES DE BENEFICIOS

Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar pagos y recibos de la aseguransa. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado sobre el original. La autorización puede ser revocada en cualquier momento por escrito por mí o mi compañía de seguros.

Autorizo a PARTNERS IN HEALTH PEDIATRIC solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos o ordenado. Solicito que mi compañía de seguros abonar directamente a mi médico con PARTNERS IN HEALTH PEDIATRICS.

AUTORIZACIÓN PARA LLAMAR/CORREO/EMAIL

Certifico que entiendo los riesgos de privacidad del correo, teléfono y correo electrónico. Yo autorizo a mi médico o representante de PARTNERS IN HEALTH PEDIATRIC para llamar, por correo electrónico o correo con comunicación con respecto a mi salud incluyendo pero no limitado a recordatorios de la cita, resultados de laboratorio o referencias. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando PARTNERS IN HEALTH PEDIATRIC a tal efecto en la escritura.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ Padre o tutor legal de _____,
Doy presente consentimiento a cualquier atención médica y tratamiento por Sonober Umair, MD o cobertura médico en beneficio de mi hijo mientras dicho niño está bajo el cuidado PARTNERS IN HEALTH PEDIATRICS.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y que e recibido y entendido la forma de privacidad HIPPA.

Firma(Paciente / Padre o Tutor)

Fecha