



PEDIATRIC SURGERY, P.A.

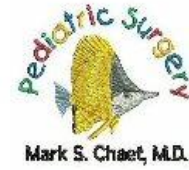
MARK S. CHAET, M.D.

1220 SLIGH BOULEVARD

ORLANDO, FL 32806

PHONE: (407) 228-4774 FAX: (407) 228-2128

www.OrlandoPediatricSurgery.com



FAVOR DE LER Y LLENAR POR AMBOS LADOS.
SI TIENEN CUALQUIER PREGUNTA, FAVOR DE DEJARNOS SABER. GRACIAS!

Chart#: _____

Fecha: _____

INFORMACION SOBRE SU HIJO(A):

Nombre de su hijo(a): _____

Apodo: _____

Sexo: Varon / Hembra Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono de Casa: _____

Con quien vive su hijo(a)? _____

Los Padres estan: Casádo(a) _____ Divorciado(a) _____ Separado(a) _____ Vuido(a) _____

Nombre y teléfono del Médico de Pediatría o Médico Primario de su hijo(a):

Nombre y teléfono del Médico cual los referio aqui hoy:

Madre *Abuela* *Madrastra* *Guardián*

Padre *Abuelo* *Padrastro* *Guardián*

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
# de la Casa:	# de la Casa:
# del Trabajo:	# del Trabajo:
# del Celular:	# del Celular:
SS#:	SS#:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Empleo:	Empleo:
Ocupación:	Ocupación:

Persona Responsable por Pago: _____

Que Relación Tienes al Niño(a): _____

Nombre y teléfono en caso de emergencia (que no sea Padre/Guardián): _____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Nombre del Niño(a): _____ Nombre del Seguro Médico: _____

Numero de Identificación del Niño(a): _____ Numero de Grupo: _____

Dirección del Seguro: _____

Teléfono del Seguro Médico: _____

Nombre de la Persona del Seguro: _____

Que Relación Tienes al Niño(a): _____

Tiene su Hijo(a) un Segundo Seguro Médico? SI NO

Si Tiene Seguro Médico Secundario, Favor de Indicar Nombre, Dirección y Teléfono del Seguro Médico:

AUTORIZACIONES Y RELEVO DE CARGOS

- Yo verifico que la información entregada a Pediatric Surgery, P.A., es válida y correcta.
- Mi dependiente está cubierto bajo el seguro médico indicado y no tiene otro tipo de seguro médico por mi empleador.
- Yo autorizo mi proveedor de seguro que pague todos los costos médicos a Mark S. Chaet, M.D., y/o Pediatric Surgery, P.A., incluido aquellos beneficios pagados directamente a mí.
- Yo autorizo a Pediatric Surgery, P.A., que entregue cualquier información o archivos médicos a mi seguro médico o a mi proveedor de seguros médicos o a otro proveedor de salud médica.

Yo he leído las AUTORIZACIONES Y RELEVO DE CARGOS. Lo entiendo y estoy en acuerdo.

(Firma del Padre/ Guardián)

(Fecha)

REGLAMIENTOS FINANCIEROS

- Pediatric Surgery, P.A. accede a mandar todas las facturas por servicios rendidos a mi proveedor de seguro. Autorización de mi proveedor de seguro, no garantiza pago.
- Mi proveedor de seguro, en algunos casos, pagará menos de los costos actuales. Yo seré responsable por pagos de servicios que mi proveedor de seguro no pague. Todos los pagos de visita, deducible o servicios no cubiertos, serán de mi responsabilidad en el día de la visita.
- Si no tengo seguro médico, TODOS los gastos serán mi responsabilidad en el día de la visita.
- En caso de cirugía electiva, cualquier pago no cubierto por mi seguro médico, será totalmente mi responsabilidad antes del servicio.
- Pediatric Surgery, P.A., no es parte de ningún decreto de divorcio o cualquier otro juramento legal que ponga la responsabilidad por pagos médicos.
- Un cargo de 1.5% de interés mensual será añadido a mi cuenta después de 90 días de delincuencia.
- Si las cobranzas son necesarias, yo seré responsable por todos los costos de cobranzas y costos de abogado.

Yo he leído los REGLAMIENTOS FINANCIEROS. Lo entiendo y estoy en acuerdo.

(Firma del Padre/ Guardián)

(Fecha)