

Pediatric Associates of Franklin, PA
190 Riverview Street, Suite #2
Franklin, NC 28734

Phone: 828-369-4444 Fax: 828-369-4241

Frederick A. Berger, MD FAAP S. Douglas Egge, MD, FAAP
Kevin J. Foley, MD FAAP Shana F. Egge, MD, FAAP
Christina S. Sapp, MSN, NP-C

Informacion del Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apodo: _____ SS#: _____ - _____ - _____ Edad: _____ Sexo: _____

Historia de medico

Tu nino tiene alergias de cualesquiera medicinas si tiene. Si ____ No ____ Por favor list alas medicinas: _____

Tu nino actualmente cuidado con otro medico para cualquier enfermedad? Si ____ No ____ Si esta jpor favor exeribe el

Nombre del meico: _____

Informacion del Padre/Guarda

Nombre del Padre/Guarda: _____ Casa #: (_____) _____ - _____

Direccion: _____ Trabajo # :(_____) _____ - _____

Cuidad: _____ Celular #: (_____) _____ - _____

Estado: _____Codigo Postal: _____ EMAIL ADDRESS: _____

Namero de la seguridad social #: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Nombre del Madre/Guarda: _____ Casa #: (_____) _____ - _____

Direccion: _____trabajas # :(_____) _____ - _____

Cuidad: _____ celular #: (_____) _____ - _____

Estado: _____Codigo Postal: _____ EMAIL ADDRESS: _____

Numero de la seguridad social#: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador: _____

Contacto Emergencia

Nombre: _____ Relacion a la Paciente: _____ Numero telefono #: _____

INFORMACIÓN seguro (Marque uno a continuación)

_____ NC MEDICAID _____ MEDICAID GA _____ NC salud CHOICE
_____ OTHER (por favor nombre de la lista a continuación)

INSURANCE CO.: _____ **ID de #:** _____ **GROUP #:** _____

INSURED'S NAME: _____ **DOB:** _____ **EMPLOYER:** _____

MEDICAID#: _____ **SECONDARY INS.:** _____

ID #: _____

SE LE PEDIRÁ PARA MOSTRAR PRUEBA DE TARJETA DEL SEGURO EN CADA VISITA.

MISCELLANEOUS

Para nuestra información, por favor, indique a continuación de cómo escuchó de nosotros: ___Yellow ___Newspaper
___Friend/pariente ___ empleado de páginas (nombre: _____) ___Other: _____

ASIGNACIÓN de prestaciones del seguro autorizo directa pago de las prestaciones de quirúrgico/medical Dr. Frederick A. Berger, Dr. Shana F. Egge, Dr. S. Douglas Egge, Dr. Kevin J. Foley o Christina S. Sapp los bancos por los servicios prestados por la misma, en persona o bajo su control. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. PARA liberar información de autorización que autorizo Dr. Frederick A. Berger, Dr. Shana F. Egge, Dr. S. Douglas Egge, Dr. Kevin J. Foley o Dr. Jeffrey A. bancos para liberar cualquier información médica o incidental que puede ser necesario para cualquier atención médica o en el procesamiento de las solicitudes de beneficio financiero. MEDICAID certifica que la información dada por mí en la aplicación de pago es correcta. Autorizo a liberación de todos los registros de solicitud. Solicito que el pago de las prestaciones autorizadas hacerse en mi nombre. Una fotocopia de estas asignaciones será válida que el original.

CITAS FALLIDAS CAUSAN UNA PÉRDIDA DE TIEMPO VALIOSO Y PRIVAR A OTROS DE TRATAMIENTO. SI USTED NO PUEDE ACUDIR A UNA CITA, POR FAVOR LLAME NUESTRA OFICINA DE ANTEMANO. NO SEGUIR ESTA POLÍTICA PUEDE RESULTAR EN UN CAMBIO DE SUS PRIVILEGIOS DE CITA!

PACIENTE: (imprint por favor) _____ **Fecha** _____

Padres/Guarda (Imprint por favor): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

PAGO OBLIGATORIO AL TIEMPO DE SERVICIO - A MENOS QUE SE HAN HECHO ARREGLOS ANTERIORES.