



WILMINGTON HEALTH ASSOCIATES

Información Pediátrica del Paciente (Paciente menor de 18 años)

Account No. _____

Doctor's No. _____

PORFAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro social _____ Sexo _____ Raza _____ Grupo Étnico _____

Telefono _____ M Blanco Asiatico Hispano

Celular _____ F Afro-Americano Otro No es Hispano

Indio-Americano/Nativo de Alaska No Sabe

Nativo de Hawaii/De la Isla del Pacifico

Dirección _____ Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____

C.P. _____ 4 Digos _____ Condado _____

Pais _____ Estado Civil _____

Empleador _____ Dirección _____

Telefono _____ Extención _____ Doctor de Familia _____

Persona Responsable

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono _____ Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Seguro social _____

Empleador _____ Relación _____ Estado Civil _____ Sexo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Telefono _____

Madre

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono _____ Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Seguro social _____

Empleador _____ Relación _____ Estado Civil _____ Sexo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Telefono _____

Padre

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono _____ Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Seguro social _____

Empleador _____ Relación _____ Estado Civil _____ Sexo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Telefono _____

Información de Aseguranza Medica

1) Compañía _____ 2) Compañía _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Medicare/ID# _____ Medicare/ID# _____

Grupo # _____ Grupo # _____

Información del Asegurado

Nombre _____ Relación _____ Seguro social _____

Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Información del Asegurado

Nombre _____ Relación _____ Seguro social _____

Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Yo entiendo que yo soy responsable por los cargos que los agentes mencionados no cubran. Yo estoy de acuerdo de que en un evento de no pagar, yo seria responsable por todos los intereses, la coleccion financiera, y los pasos legales (si necesarios). (2) Yo autorizo a la compañía aseguradora mia para dar informacion en cuenta de mi cobertura financiera a Wilmington Health Associates. Yo tambien autorizo los agentes de cualquier hospital, cetros de tratamiento o doctores previos para poder dar informacion de toda mi historia medica y mis tratamientos y servicios pasados. Yo tambien autorizo la descarga de la informacion medica mia o mis tratamientos a cualquier agencia acreditada federal, de estado, o de acreditacion, o para cualquier compañía de seguro o doctor como sea necesario. Tambien autorizo a una revision de mis documentos para auditorios internos, investigaciones, o reviso de calidad de seguro entre Wilmington Health Associates. (3) Mis derechos para pagar todos los farmaceuticos, exámenes, tratamientos, alquileras de equipaje o provisiones medicas, y servicios de enfermera/doctor incluyendo a todos los beneficios generales son oficialmente asignados a Wilmington Health Associates. Este contrato incluye cualquier y todos los beneficios bajo medicare, otros programas financiados por el gobierno, seguro privado, y otros panes de salud. Yo acepto a este documento como ser una obligacion legal, para coleccionar mis beneficios como pago por los reclamos de servicio. En el evento de que mi seguro no acepte este Asigno de Beneficios, o que pagos sean hechos directo a mi o mi representante, yo dare esos pagos a Wilmington Health Associates.

Firma del Paciente _____ Fecha/Tiempo _____

Firma de Persona Responsable _____ Fecha/Tiempo _____