

FECHA \_\_\_\_\_



Norfolk Medical Group at Fountain Point



402-844-8000

**NINO – 19**

**INFORMACION DE PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
 Direccion Fisica \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
 Telefono de Casa(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ **Ethnicida (circule uno)** No-Hispano Hispano otro  
 Lenguaje de Preferencia \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Estatus de estudiante: Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Tiempo Medio \_\_\_\_\_

**PADRE RESPONSIBLE PARA PAGAR LA CUENTA ( Padre Costodial)**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
 Direccion Fisica \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
 Telefono de Casa(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Correo Electronico \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE EMPLEO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO(\_\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

**METODO DE CONTACTO PREFERIDO** (por favor escoja solo una caja)

Telefono de Casa     Celular     Correo Electronico     Correo Postal

Autorizo a NMG a dejar mensajes de voz en mi teléfono de casa o celular:     Si     No

**OTRO PRADRE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
 Direccion Fisica \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
 Telefono Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Nombre de Empleo \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA anote a una persona que no viva con usted.**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
 Telefono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

**Presente sus tarjetas de Seguro Medico a la recepcionista y llene la informacion debajo:**

**Informacion de la PERSONA QUE TIENE EL SEGURO MEDICO PRIMARIO para la persona arriba**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre de Compania de Seguro Medico \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Relacion al paciente a esta persona \_\_\_\_\_  
 Nombre de Empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Informacion de la PERSONA QUE TIENE EL SEGURO MEDICO SECUNDARIO para la persona arriba**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre de Compania de Seguro Medico \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Relacion al paciente a esta persona \_\_\_\_\_  
 Nombre de Empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**1. Yo autorizo NMG LLC de proveher a la compania de seguro toda informacion que pueden solicitar sobre la enfermedad de mi hijo/a o lesion. Informacion tambien puede ser divulgada a el medico refiriendo/ot ros proveedores de cuidado medico, instalaciones, agencias. Yo por presente asigno a NMG LLC la cantidad de dinero para el cual tengo derecho para gastos medicos/gastos quirurjicos para cada reclamacion para mi hijo/a. Informacion de seguro no proporcionados en tiempo oportuno puede resultar en responsabilidad del paciente por cobros incurridos por que pueden aver pasado FECHA LIMITE DE PRECENTACION OPORTUNA.**

**2. Yo estoy de acuerdo a ser responsable por todos los cargos incurridos en NMG LLC incluyendo cheques sin fondo.**

**FECHA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **NOMBRE EN MOLDE** \_\_\_\_\_ **RELACION** \_\_\_\_\_