

NEW BRAUNFELS PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.

1535 E. Common Street, & Annex Bldg. 1533 E. Common Street, New Braunfels, Texas 78130
& 237 Hunters Village, New Braunfels, Texas 78132
Office # (830)625-9153 Fax # (830)609-0572

Timothy Owens, M.D., Mark Statler, M.D., Jay Weinberg, M.D., Sarah Rieger, M.D., Ramona Peck, M.D.,
Michelle Bernardy, M.D., Kristen Roeder, M.D., Whitney Morgan, M.D., Rachel Hayden, PA-C.,
Wendi Reagan, RN, CPNP, Ismaela Gomez, DNP, RN, CPNP, Kristen Roach, RN, CPNP, Sherry Martinez, RN, CPNP

Gracias por elegir nuestra oficina. A fin de atenderle correctamente, necesitaremos la información siguiente.

INFORMACIÓN PACIENTE

NOMBRE: Último	Primer	M.I.	Edad	Géneo
Fecha de Nacimien	Telefonee de casa de paciente			
Dirección Paciente	Cludad	Estado	Código postal	
Niño Vive Con	Nombre de Emergencia y Relacion		Teléfono de Emergencia*	
El Nombre de La Madre	A Casa Telefonee *		Teléfono celular *	
La Dirección de la Madre	Cludad	Estado	Código postal	
La Fecha de la Madre de Nacimiento	Seguridad social *		Permiso de conducir *	
El Patrón de la Madre	Telefonee	La Dirección de Correo Electrónico de la Madre		
El Nombre del Padre	A Casa Telefonee *		Teléfono celular *	
La Dirección del Padre	Cludad	Estado	Código postal	
La Fecha del Padre de Nacimiento	Seguridad social *		Permiso de conducir *	
El Patrón del Padre	Telefonee	La Dirección de Correo Electrónico de la Padre		
Los Nombres Llenos del Hermano				
Razón de visita de hoy				
Antiguo Doctor	Mandado por			

INFORMACIÓN DE SEGUROS

(Por favor presente la tarjeta de seguros en el tiempo de la visits)

Nombre de Compañía de Seguros Primaria	Dirección de Compañía de seguros	Cludad	Estado	Código postal
Nombre de Tenedor de Política Código postal	Fecha de Nacimiento	Tenedor de Política Se dirige	Cludad	Estado
Grupo *	Política *	Cantidd de co-paga		
Nombre de Compañía de Seguros Secundaria	Dirección de Compañía de seguros	Cludad	Estado	Código postal
Nombre de Tenedor de Política	Fecha de Nacimiento	Tenedor de Política Se dirige	Cludad Estado	Código postal
Grupo *	Política *	Cantidd de co-paga		

Por este medio autorizo el pago de beneficios de seguros a Timothy Owens, M.D., Mark Statler, M.D., Jay Weinberg, M.D., Sarah Rieger, M.D., Ramona Peck, M.D., Michelle Bernardy, M.D., Kristen Roeder, M.D., Whitney Morgan, M.D., Rachel Hayden, PA-C, Wendi Reagan, RN, CPNP, Ismaela Gomez, DNP, RN, CPNP, Kristen Roach, RN, CPNP y Sherry Martinez, RN, CPNP. También autorizo a los susodichos nombrados anteriormente para liberar la información para pagos de beneficios. Una fotocopia será tan válida como el original.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y consiento en estar ligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica. Para cualquier atenuación o circunstancias extrañas, por favor póngase en contacto con el administrador de clinica Mary Owens, RN, CMPE, CMM, CPC, CPEDC en (830) 625-9153.

Firma

Fecha

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Lengua Preferida

- Inglés
- Español
- Otro

La pertenencia étnica (comprueban un único)

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

La raza (comprueban todo lo que se aplica)

- Amerindio o Natural de Alaska
- Asiático
- Americano negro o africano
- Hawaiano Natal u Otro Islaño Pacífico
- Blanco
- Otra Raza

**AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD
FORMA DE RECONOCIMIENTO**

Nuevos Socios Pediátricos Braunfels, P.A.

El aviso adjunto describe como la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede conseguir el acceso a esta información. Por favor firme esta hoja de tapa que acusa el recibo de la política y devuelvala al recepcionista. Examine la política con cuidado y avisenos si usted tiene alguna pregunta o peticiones.

Por mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Información de Salud de Nuevos Socios Pediátricos Braunfels, P.A. Entiendo que la organización reserve el derecho de cambiar su aviso y las prácticas y antes de la realización enviarán una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi información de salud puede ser usada o revelada y que no se requiere que la organización esté de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto al grado que la organización esté de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto al grado que la organización ha tomado medidas ya en la confianza sobre eso.

Guarda paternal o Legal: _____ Fecha: _____

La persona (s) puso en una lista abajo tienen mi permiso de buscar la asistencia médica para mi niño Nuevos Socios Pediátricos Braunfels, P.A.

Nombre	Relación a Niño
Nombre	Relación a Niño
Nombre	Relación a Niño

Por favor, lea atentamente

Cuando el guarda paternal o legal del niño designó encima, por este medio autorizo a Timothy Owens, M.D., Mark Statler, M.D., Jay Weinberg, M.D., Sarah Rieger, M.D., Ramona Peck, M.D., Michelle Bernardy, M.D., Kristen Roeder, M.D., Whitney Morgan, M.D., Rachel Hayden, PA-C, Wendi Reagan, RN, CPNP, Ismaela Gomez, DNP, RN, CPNP, Kristen Roach, RN, CPNP and Sherry Martinez, RN, CPNP. O su representante médico, para realizar el tratamiento médico requerido consideraron aconsejable para el paciente. Por este medio autorizo a mi médico para instruir a su practicante de enfermería o La asistente médico/a asistir lo en ciertos aspectos médicos para mi hijo/ hija. Entiendo que una practicante de enfermería y la asistente médica no son médicos autorizados para que puedan diagnosticar y tratar una enfermedad, herida o condición médica con solo la supervisión y dirección de un médico. Adelante entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y puedo solicitar ser visto por mi médico. Realizo que ningunas garantías pueden ser hechas en cuanto al resultado eventual del tratamiento médico aconsejado o realizado. Sin embargo, puedo esperar el tratamiento médico aconsejado o realizado para ser el sonido en el estándar médico aceptado.

Guarda paternal o Legal _____ Fecha _____