



**Pediátrica  
Gastroenterología  
Asociados, P.C.**

303 Williams Avenue • Suite 1021 • Huntsville, AL 35801

**POR FAVOR IMPRIMIR**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL ASEGURADO (SUSCRIPTOR)				
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (NIÑO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO HOGAREÑO ( )
POR FAVOR LISTA TODOS LOS HERMANOS Y HERMANAS				TELÉFONO CELULAR ( )
EN CASO DE EMERGENCIA, LISTA CONTACTO Y NÚMERO DE TELÉFONO				DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
PADRE/GUARDIÁN		MADRE/GUARDIÁN		
NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN POSTAL
				CIUDAD
				ESTADO
				CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO HOGAREÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO HOGAREÑO	
EMPLEADOR	TELÉFONO DE TRABAJO CON EXTENSION	EMPLEADOR	TELÉFONO DE TRABAJO CON EXTENSION	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO		INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DEL SEGURO PRIMARIO		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DEL SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DEL ASEGURADO (COMO APARECE EN LA TARJETA DE SEGURO)	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL ASEGURADO (COMO APARECE EN LA TARJETA DE SEGURO)	FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DEL CONTRATO	NÚMERO DEL GRUPO	NÚMERO DEL CONTRATO	NÚMERO DEL GRUPO
FECHA DE VIGENCIA	RELACIÓN CON EL MUCHACHO	FECHA DE VIGENCIA	RELACIÓN CON EL MUCHACHO

MÉDICO PRIMARIO DE ATENCIÓN	MÉDICO REFERIDO
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO

**AVISO DE LOS SERVICIOS RUTINARIOS NO CUBIERTO POR LA PÓLIZA**

Como Especialistas Pediátricos, queremos proporcionar a su hijo la mejor atención posible. Es posible que ciertos servicios o prueba que el medico cree que son médicamente necesarias que probablemente no van hacer cubiertas por su contrato de seguro. Será esperado que usted tiene que pagar todos estos servicios por completo. Si usted tiene alguna pregunta acerca de si un determinado servicio está cubierto o no, y los derechos que están disponibles para usted, la oficina de beneficios de su plan de salud debe estar feliz de ayudarle. Gracias por escoger PGA para el cuidado de la salud de su hijo.

\_\_\_\_\_ Iniciales

\_\_\_\_\_ Fecha

Yo, el padre o el guardián del niño mencionado encima, por lo presente autorizo a Pediátrica Gastroenterología Asociados, P.C. y sus medicos que le den al muchacho cualquier tratamiento o vacuna que los medicos consideren necesarios para su salud. Yo autorizo dar toda la información médica sobre el niño a cualquier medico o compañía de seguros. Yo reconozco que soy totalmente responsable de todos los cargos por los servicios dados al niño, incluyendo los servicios rutinarios que no están cubierto bajo la póliza mencionada arriba.

Firma del Partido Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo reconozno mis derechos bajo HIPAA.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_