



SUMMIT PEDIATRICS

Christina Raman, MD, FAAP | Cassandra Ceremuga, DO, FAAP

Vidya Kailash, PA-C, MPAS, MPH

6350 Mae Anne Avenue, Suite #3 | Reno, Nevada 89523

p: (775) 624-6350 f: (775) 624-6353

www.summitpediatricsreno.com

PATIENT INFORMATION FORM

Apellido	Primer nombre	Inicial	Sexo: M/F
Domicilio	Ciudad	Estado	C.P.
Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular	Fecha de Nacimiento	Edad

Apellido de la Madre	Primer Nombre de la Madre	Inicial Segundo Nombre	
Domicilio de la Madre	Ciudad	Estado C.P.	
Teléfono de casa de la Madre	Teléfono del Trabajo de la Madre	Nombre de Empleador	Fecha de Nacimiento
Estado Civil de la Madre	Número de Seguro Social de la Madre	Número de Licencia de Conducir	

Apellido del Padre	Primer Nombre del Padre	Inicial Segundo Nombre	
Dirección del Padre	Ciudad	Estado C.P.	
Teléfono de casa del Padre	Teléfono del Trabajo del Padre	Nombre de Empleador	Fecha de Nacimiento
Estado Civil del Padre	Número de Seguro Social del Padre	Número de Licencia de Conducir	

Nombre del Hermano o Hermana	Fecha de Nacimiento	Edad
Nombre del Hermano o Hermana	Fecha de Nacimiento	Edad
Nombre del Hermano o Hermana	Fecha de Nacimiento	Edad

Contacto de Emergencia (distintos del padre o la madre)	Teléfono	Relación con el Paciente
Nombre del Asegurado Primario	Relación con el Paciente	Número de Seguro Social
Compañía (Primaria)	Póliza /Miembro ID #	Grupo #
Dirección de las Reclamaciones de Seguros	Ciudad	Estado C.P.
Dirección del Empleador	Ciudad	Estado C.P.

Nombre del Asegurado Secundario	Relación con el Paciente	Número de Seguro Social
Compañía (Secundario)	Póliza /Miembro ID #	Grupo #
Dirección de las Reclamaciones de Seguros	Ciudad	Estado C.P.
Dirección del Empleador	Ciudad	Estado C.P.

USTED ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, A PESAR DE SEGURO MEDICO!

1. Usted acepta pagar todos los deducibles, copagos de seguro y coseguro en el momento del check-in y antes de que se presten los servicios. 2. Si Summit Pediatrics no puede verificar su seguro en el momento de la visita, o si no trae la prueba actual de seguro en cada visita, usted acepta pagar los cargos en su totalidad antes de que el paciente pueda ser visto. 3. Recibirá un estado de cuenta que muestra en detalle los cargos incurridos durante el período de estado de cuenta y la cantidad adeudada. Cualquier tarifa no cobrada se pagará dentro de los 15 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. Usted es responsable del pago completo de cualquier cargo en el que incurra, ya sea cubierto por su seguro o no cubierto por su seguro. Si su cuenta está vencida y se refiere a una agencia de cobro, usted será responsable de los costos de cobro y/o honorarios legales. Todas las cuentas con un retraso de 90 días se asignarán automáticamente a una agencia de cobro, independientemente de la cobertura del seguro. Las cuentas asignadas a cobros incluirán una tarifa de cobro y procesamiento del 30%. 4. Si falta a una cita sin previo aviso de 24 horas a esta oficina, usted acepta pagar una tarifa de \$35.00. 5. Usted acepta pagar una tarifa de \$25.00 por cualquier cheque devuelto. 6. Si bien su cita puede ser para un tiempo específico, no se hace ninguna garantía expresa o implícita de que una enfermera o un médico lo verán en ese momento exacto. Summit Pediatrics hace todo lo posible para ver a los pacientes de manera oportuna, sujeto

al volumen de pacientes y emergencias fuera de nuestro control. Usted acepta no responsabilizar a Summit Pediatrics de ninguna manera por el tiempo que pase esperando ser visto. 7. Si su seguro no ha pagado por esta oficina dentro de 90 días, usted acepta pagar todos los cargos incurridos por usted o sus dependientes en el momento de la visita. 8. Como padre del niño, usted entiende que es su responsabilidad hacer y asistir a todas las visitas de seguimiento ordenadas por el médico. Usted entiende que el médico no ordenaría una visita de seguimiento si no fuera importante. También entiende que Summit Pediatrics no puede llamarle y recordarle que necesita hacer una cita de seguimiento. Por lo tanto, es su responsabilidad hacer la cita y usted acepta toda la responsabilidad si no puede programar o asistir a una visita de seguimiento. 9. Como padre del niño, usted entiende que es su responsabilidad hacer y asistir a las citas cuando lo derive a un especialista. Usted acepta toda la responsabilidad si no puede programar o asistir a citas con especialistas.

Imprima su Nombre _____
 Firme su Nombre _____
 Firme su nombre para indicar que entiende y acepta nuestras políticas _____ Fecha _____

