

**FORMA DE REGISTRO**  
**Allied Pediatrics of Greater Brockton, Inc**  
(Por Favor Imprima)

| Nombre de Paciente | Apellido | Fecha de Nacimiento |
|--------------------|----------|---------------------|
|                    |          |                     |
|                    |          |                     |
|                    |          |                     |
|                    |          |                     |

**Persona Responsable (Garantizador)**

El Garantizador, o Persona Responsable, es la persona encargada de los gastos médicos del paciente. Cuando el paciente es menor de 18 años, el padre/madre, o guardian legal es el Garantizador (en nuestra práctica la mayoría de los pacientes mayores de 18 años también tendrán a un padre/madre, o guardian legal como Garantizador). Esta dirección es donde vive el paciente. So no es asi favor de llenar forma adicional.

|                          |                  |                                                  |                      |
|--------------------------|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| Apellido                 | Nombre           | Nombre Segundo (Medio)                           |                      |
| Dirección Postal         |                  | Ciudad                                           | Estado      Zip Code |
| Teléfono Hogar           | Teléfono Celular | No. Seguro Social                                | Fecha Nacimiento     |
| Relación con Paciente(s) |                  | Otra Información (Teléfono de Emergencias, etc.) |                      |

**Información de Seguro(s) Médico(s)**

(Si tiene más de 3 seguros, favor de pedir forma adicional)

|                                     |                                                                                                |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nombre del Seguro Médico            | Nombre del Subscribiente del Seguro                                                            | Fecha Nacimiento del Subscribiente |
| No. Seguro Social del Subscribiente | Relación del Subscribiente con Paciente(s) (padre, madre, guardian legal, misma persona, otro) |                                    |
| Nombre del Seguro Médico            | Nombre del Subscribiente del Seguro                                                            | Fecha Nacimiento del Subscribiente |
| No. Seguro Social del Subscribiente | Relación del Subscribiente con Paciente(s) (padre, madre, guardian legal, misma persona, otro) |                                    |
| Nombre del Seguro Médico            | Nombre del Subscribiente del Seguro                                                            | Fecha Nacimiento del Subscribiente |
| No. Seguro Social del Subscribiente | Relación del Subscribiente con Paciente(s) (padre, madre, guardian legal, misma persona, otro) |                                    |

**Contactos de Emergencia y Otros**

(Incluya el otro Padre/Madre del Paciente)

| Nombre y Apellido | Relación con Paciente(s) | Teléfono | Teléfono Celular |
|-------------------|--------------------------|----------|------------------|
|                   |                          |          |                  |

**FORMA DE REGISTRO**  
**Allied Pediatrics of Greater Brockton, Inc**  
(Por Favor, Imprima)

**Política Financiera, Asignación de Beneficios, y Disseminación de Información**

Solicito servicios médicos pediátricos en esta oficina. Autorizo la disseminación de cualquier información adquirida durante los servicios médicos, necesaria para completar y someter las reclamaciones médicas a mi compañía de seguro médico o a MassHealth en mi nombre. Autorizo y asigno cualquier beneficio del seguro médico o MassHealth a ser pagados directamente a Allied Pediatrics of Greater Brockton, Inc, o sus apoderados. Soy financieramente responsable del costo de todos los servicios recibidos por mi o por la persona cuya cuenta yo actúo como Garantizador, en particular servicios no cubiertos, co-pagos, y deducibles. Soy responsable de saber cómo mi plan funciona, y de siempre presentar la tarjeta de membresía del plan médico. Soy responsable de informar de inmediato a Allied Pediatrics de cualquier cambio de seguro médico, mi dirección postal, y número de teléfono. Soy responsable de los cargos que sean facturados incorrectamente a una compañía de seguros debido a no proporcionar información correcta a Allied Pediatrics. Esta aceptación y la asignación serán vigente para todo servicio futuro por proveedores de Allied Pediatrics.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de persona que firma arriba

**Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Confidencialidad**

Entiendo que como parte de mi cuidado médico, Allied Pediatrics origina y mantiene en papel y/o electrónicamente un Record Médico que describen mi historial de salud, los síntomas, los exámenes, los resultados de pruebas diagnosticas, los tratamientos, y cualquier plan para el cuidado o el tratamiento futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento médico.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la medicina que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información médica a mi cuenta.
- Un medio para que mi seguro médico o su asignado pueda verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realmente.
- Un instrumento para operaciones rutinarias de salud tales como valorar la calidad del cuidado médico.

Entiendo que Allied Pediatrics mantiene un Aviso de Prácticas de Confidencialidad que proporciona una descripción más completa de los usos de esta información y su disseminacion. La versión más reciente de este Aviso esta accesible en el área de sala de espera. Entiendo que Allied Pediatrics se reserva el derecho de cambiar este aviso y sus prácticas segun sea necesario y hará una tentativa razonable para informarme de cualquier cambio. Entiendo que puedo solicitar una copia escrita adicional de este Aviso en cualquier momento. Entiendo que algunos de los derechos que tengo son:

- El derecho de revisar la nota antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o disseminada.

Hoy, antes de firmar este documento, yo tuve la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de Prácticas de Confidencialidad de Allied Pediatrics.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de persona que firma arriba



MASSACHUSETTS IMMUNIZATION PROGRAM  
VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM  
MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

# Patient Eligibility Screening Form

Date \_\_\_\_\_

Child's full name \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_

Parent, guardian, or legal representative's full name \_\_\_\_\_

Health care provider's full name Allied Pediatrics of Greater Brockton

**This form must be completed for all children under 19 years old and kept in the child's medical record or on file in the office. The form may be completed by the parent, guardian, or legal representative, or by the health care provider. This form should be completed only once, unless the child's insurance status changes. Verification of responses is not required.**

### Check only one box below

**This child:**

- is enrolled in Medicaid (includes MassHealth and HMOs, etc., if enrolled through Medicaid)
- does not have health insurance (also check this box for children enrolled in the Children's Medical Security Plan)
- is Native American (American Indian) or Alaskan Native
- has health insurance and is not Native American (American Indian) or Alaskan Native

Please note that all children seen in Massachusetts practices get the same free vaccines. This form tells us which children get vaccines paid for by the federal VFC Program (first three boxes) and which get vaccines paid for by state and other federal funds (last box).