

PATIENT REGISTRTRATION / INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Date/ Fecha: _____/_____/_____

Patient Name/ Nombre del paciente: _____ Sex/ Sexo: M _____ F _____

Relationship to Patient/ Parentesco al paciente: _____ Referred by/ Enviado por: _____

Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Social Security Number/ Número del seguro social: _____ - _____ - _____

Home Address/ Dirección casa: _____

City/ Ciudad: _____ State/ Estado: _____ Zip Code/ Código Postal: _____

Home Telephone/ Teléfono casa: () _____ Cell Phone/ Teléfono celular: () _____

Next of Kin (not living at address listed above)/ Pariente más próximo (que no vive en la dirección citada anteriormente):

Relationship to patient/ Parentesco al paciente: _____ Telephone/ Teléfono: () _____

Home Address/ Dirección casa: _____

City/ Ciudad: _____ State/ Estado: _____ Zip Code/ Código postal: _____

Mother/father, please fill out the information below. If you are not the patient's mother or father but you are his/her legal guardian(s), please check here _____ and fill out the information below:

Madre/padre, por favor conteste las preguntas que siguen. Si usted no es la madre o el padre del paciente pero si es el guardián(es) legal marque aqui _____ y llene el formulario.

Mother/Guardian Name/ Nombre de la madre/guardiána: _____

Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Home Address (if different)/ Dirección casa (si es diferente): _____

City/ Ciudad: _____ State/ Estado: _____ Zip Code/ Código postal: _____

Home Telephone/ Teléfono casa: () _____ Work Telephone/ Teléfono trabajo: () _____

Employer/ Empleador: _____ Employer Address/ Dirección trabajo: _____

Social Security Number/ Número del seguro social: _____ - _____ - _____ Marital Status/ Estado civil: _____

Father/Guardian Name/ Nombre del padre/guardián: _____

Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Home Address (if different)/ Dirección casa (si es diferente): _____

City/ Ciudad: _____ State/ Estado: _____ Zip Code/ Código postal: _____

Home Telephone/ Teléfono casa: () _____ Work Telephone/ Teléfono trabajo: () _____

Employer/ Empleador: _____ Employer Address/ Dirección trabajo: _____

Social Security Number/ Número del seguro social: _____ - _____ - _____ Marital Status/ Estado civil: _____

Please provide the receptionist your driver's license and insurance card(s) in order to make copies for our files.
Por favor proporciónele a la recepcionista su licencia de conducir y la tarjeta(s) del seguro médico para que haga copias para nuestros archivos.

IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY: || EN CASO DE EMERGENCIA COMUNÍQUESE CON:

Name/ Nombre: _____ Relationship to patient/ Parentesco al paciente : _____

Home Telephone/ Teléfono casa: () _____ Cell Telephone/ Teléfono celular: () _____

Name/ Nombre: _____ Relationship to patient/ Parentesco al paciente: _____

Home Telephone/ Teléfono casa: () _____ Cell Telephone/ Teléfono celular: () _____

Name/ Nombre: _____ Relationship to patient/ Parentesco al paciente: _____

Home Telephone/ Teléfono casa: () _____ Cell Telephone/ Teléfono celular: () _____

I understand that payment of all medical care is due and payable at the time of service. In case of divorced parents, responsibility and payment shall be that of the person/guardian/parent bringing the child for treatment. I understand that I am responsible for all costs for services rendered. I understand that it is my responsibility to pay any deductible, co-insurance, or any other balance not covered by my insurance company. I understand that I am responsible for any costs incurred in the collection of our account in the event of defaults, including reasonable attorney fees and court costs.

I hereby grant permission to **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience** to release any pertinent information required by my insurance company or other government agency for treatment, payment or authorization. I authorize payment directly to **Center for Pediatric neurosurgery & Neuroscience**. A copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I hereby request and give my consent for the practitioners of **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience**, to provide such medical examination and treatment, as they deem best for the child's physical or mental welfare.

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains a Patient Rights section describing your rights under the law. You have the right to review our Notice before signing this Consent. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office. You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment and health care operations. You have the right to revoke this Consent, in writing, signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior Consent. The Practice provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

the patient understands that:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment or health care operations
- The Practice has a Notice of Privacy Practices and that the patient has the opportunity to review this Notice
- The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Policies
- The patient has the right to restrict the uses of their information but the Practice does not have to agree to those restrictions
- The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosures will then cease
- The Practice may condition treatment upon the execution of this Consent

This is a lifetime consent unless otherwise indicated.

This Consent was signed by: _____ Date: ____/____/____
Patient or Representative

Relationship to Patient (if other than patient): _____

Witness: _____ Date: ____/____/____
Practice Representative

Doy por entendido que el pago de todos los servicios médicos se deben al recibir consulta. En caso de divorcio, la responsabilidad del pago por los servicios médicos quedará a cargo de la persona/guardián/padre/madre que acompañe al paciente a la consulta. Doy por entendido que es mi responsabilidad pagar todo deducible o cualquier otro balance que no cubra mi seguro médico. Entiendo que también es mi responsabilidad pagar los gastos al departamento de colecciones, abogados y también los costos judiciales.

Doy autorización a **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience** para dar cualquier información pertinente, requerida por mi compañía de seguro médico u otra agencia gubernamental, para tratamiento, pago o autorización. Autorizo que los pagos se hagan directamente a **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience**. Una copia de esta autorización se considera tan efectiva y valida como la original.

Por la presente, pido y doy permiso a **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience**, que proveen tal examen médico y tratamiento que se considere lo mejor para el bien estar de mi niño.

Nuestra Notificación de Las Prácticas De La Privacidad provee información del uso y divulgación de la información de salud protegida. La notificación contiene una sección de Derechos del Paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Tiene el derecho a revisar nuestra notificación antes de firmar este consentimiento. Los términos de la notificación pueden cambiar. Si hay cambios, usted puede obtener una copia enmendada comunicándose con el consultorio.

Tiene el derecho a solicitar una restricción de la información personal de su salud que usamos o divulgamos para su tratamiento, pago, o atención médica de la salud. No se nos obliga a estar de acuerdo con su solicitud, sin embargo, si concordamos, cumpliremos con su pedido.

Al firmar este acuerdo, usted consentirá a nuestro uso y divulgación de información de salud protegida para tratamientos, pagos y atención médica. Tiene el derecho a revocar este consentimiento, por escrito, y firmado. Tal revocación, sin embargo, no afectará divulgaciones previas en relación con su consentimiento anterior. El **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience** le proporciona este formulario para cumplir con el Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

*******Este es un consentimiento por vida, salvo indicación contraria.*******

El paciente entiende que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pagos o atención médica
- **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience** tiene una Notificación de las Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad a revisar la misma
- **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience** reserva el derecho de cambiar la Notificación de Practicas De La Privacidad
- El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información pero **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience** no tiene que acceder a esas restricciones
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las futuras divulgaciones serán detenidas
- **Center for Pediatric Neurosurgery & Neuroscience** puede condicionar tratamiento sobre la ejecución de este consentimiento

Este consentimiento fue firmado por: _____ Fecha: ____/____/____
Firma del paciente o representante

Relación al paciente (si es otra persona): _____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____
Firma miembro del personal