***Demographics***

Patient's Name:_____ DOB:_____ M/F:_____

Address:_____City:_____State:____ Race/Ethnicity:_____

Mother's Name:_____ Mother's DOB:_____

Father's Name: _____ Father's DOB:_____

Phone #1:_____ Phone #2:_____

***Emergency Contact***

Name:_____Relationship:_____ Phone #:_____

Please use the list below to designate the person you authorize to bring your child in your place:

1. Name:_____ Phone #:_____
2. Name:_____ Phone #:_____

***Financial Responsibility***

All professional services rendered are the patient's/guardian responsibility and are due at time of service, unless arrangements have been made in advance. All attempts will be made to bill insurance and forms will be provided to expedite the insurance payment process as a courtesy. However, patient/guarantor is responsible for all fees regardless of insurance coverage.

- ☐ I authorize release of any information concerning my child's/children health care, advice and treatment provided for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I also hereby authorize payment of insurance benefits otherwise payable to me directly to the doctor.
- ☐ If for any reason my insurance carrier(s) does not pay for the office visit and/or the cost of treatments/tests rendered, including administration of vaccinations, I assume full financial responsibility for these charges.

***Vaccine Policy Statement***

We firmly believe that all children and young adults should receive all of the recommended vaccines according to the schedule published by the Centers for Disease Control and Prevention and the American Academy of Pediatrics. We also firmly believe in the effectiveness of vaccines to prevent serious illness and to save lives. If you should absolutely refuse to vaccinate your child despite all our efforts, we will ask you to find another healthcare provider who shares your views.

***Consent To Treatment***

I hereby consent to evaluation, testing and treatment as directed by Doctormarco Pediatrics physicians or physician assistants.

Parent/Guardian Signature:_____ Date:_____

***Datos Demográficos***

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento: _____ M/F:____

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:___Raza/Etnia: _____

Nombre de la madre:_____ Fecha de nacimiento:_____

Nombre del padre: _____Fecha de nacimiento:_____

Teléfono # 1:_____ Teléfono # 2:_____

***Contacto de emergencia***

Nombre:_____Relación:_____Número de teléfono:_____

Utilice la lista a continuación para designar a la persona que autoriza a traer a su hijo en su lugar:

1. Nombre:_____ Número de teléfono:_____

2. Nombre:_____ Número de teléfono:_____

***Responsabilidad financiera***

Todos los servicios profesionales prestados son responsabilidad del paciente / tutor y vencen al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos con anticipación. Se harán todos los intentos para facturar al seguro y se proporcionarán formularios para acelerar el proceso de pago del seguro como cortesía. Sin embargo, el paciente / garante es responsable de todos los honorarios independientemente de la cobertura del seguro.

☐ Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo / hijos proporcionados con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de los beneficios del seguro. Por la presente también autorizo el pago de los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían directamente al médico.

☐ Si por alguna razón mi (s) compañía (s) de seguro no paga la visita al consultorio y / o el costo de los tratamientos / pruebas realizados, incluida la administración de vacunas, asumo la responsabilidad financiera total por estos cargos.

***Declaración de política de vacunas***

Creemos firmemente que todos los niños y adultos jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas según el cronograma publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Estadounidense de Pediatría. También creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas. Si se niega rotundamente a vacunar a su hijo a pesar de todos nuestros esfuerzos, le pediremos que busque otro proveedor de atención médica que comparta sus puntos de vista.

***Consentimiento para el tratamiento***

Por la presente doy mi consentimiento para la evaluación, las pruebas y el tratamiento según las indicaciones de los médicos o asistentes médicos de Doctormarco Pediatrics.

Firma del padre/tutor:_____ Fecha:_____