



### ACTUALIZACIÓN ANUAL

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ M / F SS#: \_\_\_\_\_ Nombre  
De Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ M / F SS#: \_\_\_\_\_ Nombre De  
Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ M / F SS#: \_\_\_\_\_

**Etnia:**  Non-hispanic  Hispanic **Raza(s):**  African American  Asian  Caucasian  Native American  Pacific  
Islander  Other  Refused

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono(Primario): \_\_\_\_\_ #Teléfono(Secundaria): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Aseguranza: \_\_\_\_\_ Id Del Miembro : \_\_\_\_\_ Grp #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Aseguranza(Secundaria): \_\_\_\_\_ Id Del Miembro: \_\_\_\_\_ Grp #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor : \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

### SI LE GUSTARÍA RECIBIR COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO DE WEE CARE PEDIATRICS, INDIQUE SU

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_ . NUNCA COMPARTIMOS SU CORREO ELECTRÓNICO CON NADIE.SU  
INFORMACION DE SAULD PROTEGIDA, NO SERA DIVULGADA EN LAS COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO Y SIEMPRE SER  
OBSERVADO DIRECTRICES COMPLETAS HIPPA/HITECH

### AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Las siguientes personas distintas de los padres están autorizados para traer al paciente a Wee Care Pediatrics para tratamiento:  
(puede cancelar la autorización en cualquier momento

\_\_\_\_\_ (nombre) (relación hacia el niño)

\_\_\_\_\_ (nombre) (relación hacia el niño )

Entiendo que soy responsable de actualizar mi seguro, dirección o información de contacto con Wee Care Pediatrics. Entiendo que los saldos de  
cuenta, los copagos y los deducibles vencen en el momento del servicio. Cualquier saldo de cuenta que supere los 90 días se enviará a una  
agencia de cobranza externa y yo seré responsable de la cobranza y/o los honorarios legales. Autorizo a Wee Care Pediatrics a presentar un  
reclamo a mi plan de salud en mi nombre para el pago.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir el nombre de los padres

firma de los padres