

Patient Enrollment Form (Registro de Paciente)

Name
Nombre: _____

Date of Birth **Phone Number** Female Male
Fecha de Nac: _____ Teléfono _____

Address **City** **State/Zip**
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____

Preferred Language /Idioma Preferido English Español Other _____

Parent/Guardian **DOB** **Phone**
Padre/Guardian: _____ Fecha de Nac: _____ Teléfono _____
Address **City** **State/Zip**
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____
Email Address **Alternative Phone** **Relationship**
Correo Electronico _____ Telefono Alternativo: _____ Relacion: _____

Parent/Guardian **DOB** **Phone**
Padre/Guardian: _____ Fecha de Nac: _____ Teléfono _____
Address **City** **State/Zip**
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____
Email Address **Alternative Phone** **Relationship**
Direccion de Correo: _____ Telefono Alternativo: _____ Relacion: _____

Guardianship Information *Informacion de Tutela*
 Divorce or Separation Foster Child DCS involvement Kinship placement
 Divorcio o Separacion Hijo de Crianza Participacion de DCS Colocacion con Pariente

Insurance **Policy #** **Group #**
Aseguranza: _____ Poliza: _____ # de Grupo _____
Effective Date **Employer** **Owner of Policy DOB**
Fecha de Vigencia _____ Empleo: _____ Dueño de Poliza fecha de nac _____

Insurance **Policy #** **Group #**
Aseguranza: _____ # Poliza: _____ # de Grupo _____
Effective Date **Employer** **Owner of Policy DOB**
Fecha de Vigencia _____ Empleo: _____ Dueño de Poliza fecha de nac _____
AHCCCS or ID number AHCCCS o # de ID _____

Authorization to Pay Benefits to physician: I hereby authorize direct payments to the above-named corporation. I Understand that Canyon Pediatrics, INC will file an insurance claim on my behalf as a courtesy but I am financially responsible for any and all charges not covered by my insurance company. I also understand that if my account is not paid by myself or the insurance company after ninety (90) days from the date of service it will be turned over to an independent collection agency and a fee of \$25 dollars will be added to the account. I certify that I do not have any other insurance carrier at this time.

Autorización para pagar beneficios al médico: Por la presente autorizo pagos directos a la corporación mencionada aqui. Entiendo que Canyon Pediatrics, INC presentará una reclamo al seguro en mi nombre como una cortesía, pero soy financieramente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por mi compañía de seguros. También entiendo que si mi cuenta o la compañía de seguros no pagan mi cuenta después de noventa (90) días a partir de la fecha de servicio, se la entregará a una agencia de cobranza independiente y se agregará un cargo de \$ 25 dólares a la cuenta. Certifico que no tengo ningun otro seguro medico.

Parent/Guardian

Padre/Madre/Guardian: _____

Signature

Firma: _____

Date

Fecha: _____