

SARASOTA CHILDREN'S CLINIC - DEMOGRAPHIC SHEET

FATHER _____

Address _____

City/State/Zip _____

Phone # _____ Cell # _____

Occupation _____

Employer _____

Work Phone _____

SS # _____ Birth Date _____

Driver's License # _____

Email _____

MOTHER _____

Address _____

City/State/Zip _____

Phone # _____ Cell # _____

Occupation _____

Employer _____

Work Phone _____

SS # _____ Birth Date _____

Driver's License # _____

Email _____

LANGUAGE: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____

EMERGENCY CONTACT PERSON OTHER THAN PARENT This person is hereby authorized to bring my child in and discuss my child's healthcare.

Name

Relationship

Phone

CHILDREN'S NAMES	BIRTH DATE	RACE	ETHNIC HISPANIC	SOCIAL SECURITY #
☐ Male ☐ Female _____			YES / NO	
☐ Male ☐ Female _____			YES / NO	
☐ Male ☐ Female _____			YES / NO	
☐ Male ☐ Female _____			YES / NO	
☐ Male ☐ Female _____			YES / NO	

INSURANCE AND FINANCIAL INFORMATION

PAYMENT IS DUE AT TIME OF SERVICE

Health Insurance Company _____ Policy # _____

Policy Holder _____ Date of Birth _____ SS# _____

I authorize Sarasota Children's Clinic to bill and receive payment from my insurance company. I agree to be fully responsible for all lawful debts incurred by myself for services received from Sarasota Children's Clinic whether covered by insurance or not. A service charge of 1.5% per month will be applied to all accounts overdue after 30 days. There will be an additional processing fee of \$25.00 for accounts submitted to the collection agency. The undersigned personally guarantees payment of all charges. For any questions or to request a Fee Schedule please ask the front desk. Thank you.

PATIENT PRIVACY: Our practice is committed to securing the privacy of your health information. Accordingly, we have posted our practices NOTICE OF PRIVACY PRACTICE in the reception area. You are not required to read this notice, however, your signature serves as your acknowledgment that you have been notified that the practice has such a NOTICE OF PRIVACY PRACTICES and that you understand and agree with them. You may request a copy of our NOTICE OF PRIVACY PRACTICES from the receptionist.

TO PROTECT YOUR PRIVACY, HOW MAY WE CONTACT YOU? IF LEFT BLANK AUTHORIZES US TO CONTACT YOU BY ANY MEANS

☐ Yes ☐ No Detailed message on home answering machine ☐ Yes ☐ No Message on your cell phone
☐ Yes ☐ No Message at your place of employment OTHER: _____

I authorize the treatment of the above named children at Sarasota Children's Clinic. My signature will further serve as authorization to release medical records or other information necessary for health care operations, medical treatment and payment purposes.

Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____

REFERRED BY: ☐ FRIENDS ☐ YELLOW PAGES ☐ INSURANCE ☐ WEBSITE ☐ OTHER _____

SARASOTA CHILDREN'S CLINIC - INFORMACION DEMOGRAFICA

PADRE _____

Dirección _____

Teléfono _____

Ocupación _____

Empleo _____

Teléfono del Trabajo _____

SS# _____ Fecha Nacimiento _____

Licencia de manejar # _____

Email _____

MADRE _____

Dirección _____

Teléfono _____

Ocupación _____

Empleo _____

Teléfono del Trabajo _____

SS# _____ Fecha Nacimiento _____

Licencia de manejar # _____

Email _____

LENGUAJE: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

CONTACTO DE EMERGENCIA Por este medio autorizo a esta persona para traer mi hijo/hija aquí y conversar sobre sus cuidados médicos.
que no sea Padre/Madre

Nombre

Relacion

Telefono

NOMBRE DE LOS NIÑOS

Fecha
Nacimiento

Raza

Origen Etnico
Hispano

Número de
seguro social

☐ Masc. ☐ Fem. _____

☐ Masc. ☐ Fem. _____

☐ Masc. ☐ Fem. _____

☐ Masc. ☐ Fem. _____

☐ Masc. ☐ Fem. _____

INFORMACION DE SEGURO Y FINANZAS

LOS PAGOS SE DEBEN EN EL MOMENTO DE RECIBIR SERVICIOS

Compañía de Seguro _____ Póliza # _____

Póliza en Nombre de _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Autorizo a Sarasota Children's Clinic para que cobren y reciban pagos de mi compañía de seguro. Estoy de acuerdo que seré completamente responsable por todas las deudas mías por servicios recibidos de Sarasota Children's Clinic aunque el seguro lo cubra o no. Un cargo de 1.5% mensual será aplicado a toda cuenta mayor de 30 días. Habrá un cargo adicional de \$25.00 por procesamiento para cuentas remitidas a la agencia de cobranzas. El suscrito personalmente garantiza pago de todos los cargos. Cualquier pregunta o para solicitar una Lista de Precios favor preguntar en la Reception. Gracias.

PRIVACIDAD DEL PACIENTE: Nuestra Clinica promete asegurar la privacidad de su información de salud. Por tanto, hemos colocado una NOTA DE PRIVACIDAD en el área de Recepción. No se requiere que Ud. lo lea. Sin embargo, su firma confirmará que Ud ha sido notificado sobre nuestra NOTA DE PRIVACIDAD, la comprende y esta de acuerdo. Puede solicitar una copia de nuestra NOTA DE PRIVACIDAD a la recepcionista.

PARA PROTEJER SU PRIVACIDAD, COMO QUIERE QUE LO CONTACTEMOS? SI LO DEJA EN BLANCO AUTORIZA EL CONTACTO EN CUALQUIER FORMA.

☐ Si ☐ No Mensaje detallado en mensajes de voz en casa.

☐ Si ☐ No Mensaje en su celular

☐ Si ☐ No Mensaje en su lugar de trabajo.

Otro: _____

Autorizo el tratamiento de mis hijos/hijos ya nombrados en Sarasota Children's Clinic. Mi firma autoriza además la entrega de expedientes médicos u otra información necesaria para las operaciones de cuidados médicos, tratamiento médico o propósitos de pago. Incluyendo información psiquiátrica, de SIDA, enfermedades de transmisión sexual, drogas y alcohol.

FIRMA DEL GUARDIAN O PADRE/MADRE: _____ FECHA: _____

REFERIDO POR: ☐ AMIGOS ☐ PAGINAS AMARILLAS ☐ SEGURO ☐ SITIO WEB ☐ OTRO _____