



KATHERINE KRIEG, M.D. * SHARON NOVY, M.D.

1425 W. Elliot Rd., Suite 204 Gilbert, Arizona 85233
Phone: 480-792-1012 Fax: 480-792-1013



Financiero Acuerdo

(Si izquierda blanco entonces nosotros voluntad cargar tú como a dinero paciente)

☐ Recién nacido ☐ Paciente nuevo ☐ Paciente ya establecido Paciente – Anual Actualizar

Soy el padre/madre/tutor legal de _____,
(nombre del paciente)

Fecha de nacimiento: _____ y I soy solicitando eso el proveedores en Para niños Oasis Pediatrics
atenderá al niño mencionado anteriormente para revisión de recién nacido /revisión de salud infantil/atención de
urgencia.

El arriba llamado paciente tiene: *(Privado Seguro Es SIEMPRE Primario)*

Privado Seguro *(Empleador Seguro, Autofinanciado, Seguro tú pagar para)* No / Si

Si Sí: Seguro principal: _____

Seguro secundario: _____

Seguro del Fondo Estatal *(Medicaid, AHCCCS)* No / Si

Si Sí: Nombre del seguro: _____

☐ **Recién nacido** : Al firmar este formulario, entiendo que mi recién nacido debe ser incluido en el seguro. política
PREVIO a el fin de el 30 días. Si I, el padre/madre/tutor legal, fallar a hacer este dentro Después de **30 días** , deberé el
importe total de esto y de cualquier visita a Children's Oasis Pediatrics.

☐ **Nuevo Paciente** / ☐ **Establecido Paciente**: Por firma este forma Soy narración Para niños Oasis Pediatría: Este niño
cuenta con el seguro médico mencionado anteriormente y ningún otro. Soy consciente de que esta clínica no se
responsabilizará si se descubre que el padre/tutor falsificó la información del seguro después de que se hayan presentado
las reclamaciones. Si posteriormente se comprueba que la información del seguro era incorrecta, el paciente será
responsable de la decisión original de la aseguradora que facturó al paciente.

Firma de Padre/Tutor

Fecha