

SKAGIT PEDIATRICS, LLP

Patient Information

Last name _____ First name _____ Middle _____
 Date of birth _____ Sex _____ Social Security Number _____ Phone _____
 Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Race: Caucasian African/Amer. Native Amer./Alaskan Pac. Islander Other _____
Ethnicity: Non-Hispanic Hispanic **Preferred language:** English Spanish Russian Other _____
Preferred provider at Skagit Pediatrics: _____
 Hospital: Skagit Island Providence Home Birth Other _____
 Emergency contact (not living with you) _____ Phone _____

Parent Information

Parent info #1 <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other _____	Parent info #2 <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other _____
Name _____	Name _____
Date of birth _____ SSN _____	Date of birth _____ SSN _____
Home phone _____ Cell _____	Home phone _____ Cell _____
Work phone _____ Other _____	Work phone _____ Other _____
Home address (IF DIFFERENT from patient) _____	Home address (IF DIFFERENT from patient) _____
City _____ State _____ Zip _____	City _____ State _____ Zip _____
Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Other _____	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Other _____

Insurance Information ***** Please Give Cards to the Receptionist*****

Primary insurance	Secondary insurance
Company _____	Company _____
Policy holder name _____	Policy holder name _____
DOB _____ SS# _____	DOB _____ SS# _____
Policy # _____ Group # _____	Policy # _____ Group # _____

Preferred e-mail: _____

Please list all children in the family

Name	Date of Birth	Sex	With whom does the child reside?
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Consent for care and treatment

I agree to administration of medical treatment by the physicians/ARNPs of Skagit Pediatrics and their assistants for care of the above listed children. I understand these procedures will be explained to me in advance.
 I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to the physician and I am financially responsible for non-covered services. I also authorize the release of any information required in the processing of claims.
 I have read and understood the terms of this agreement. I am the proper person to give this consent.

Signature: _____ Relationship to patient _____ Date _____

This agreement is void and unenforceable, and I am under no obligation to pay the provider, if my medical program covers the services listed above or if the provider fails to satisfy DSHS conditions of payment as described under WAC 388-87-010(6).
 MIY 5/16 (Patient Registration)

SKAGIT PEDIATRICS, LLP

Información Sobre el Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Seguro Social _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Raza: Caucásico Africano/Amer. Amer. Nativo/De Alaska Isleño del Pacífico Otro _____
Etnicidad: No-Hispano Hispano **Lenguaje Preferido:** Inglés Español Ruso Otro _____
Proveedor Preferido en Skagit Pediatrics: _____
Hospital: Skagit Island Providence Parto en Casa Otro _____
Contacto de Emergencia (No viviendo con usted) _____ Teléfono _____

Información de los Padres

Padre #1 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ #SS _____ Número de casa _____ Celular _____ Número de trabajo _____ Otro _____ Domicilio de casa (<i>SI ES DIFERENTE del paciente</i>) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____	Padre #2 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ #SS _____ Número de casa _____ Celular _____ Número de trabajo _____ Otro _____ Domicilio de casa (<i>SI ES DIFERENTE del paciente</i>) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---

Información de Aseguranza ***** Favor de Mostrarle la tarjeta(s) a la recepcionista*****

<u>Primera Aseguranza</u>	<u>Segunda Aseguranza</u>
Compañía _____	Compañía _____
Poseedor de la Póliza _____	Poseedor de la Póliza _____
Fecha de Nacimiento _____ #SS _____	Fecha de Nacimiento _____ #SS _____
# de Póliza _____ # del Grupo _____	# de Póliza _____ # del Grupo _____

Correo Electrónico de preferencia _____

Favor de apuntar los nombres de todos los niños

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Con quien vive el niño(a)?
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Consentimiento para cuidado y tratamiento

Yo doy mi consentimiento para que los doctores/ARNP de Skagit Pediatrics y sus asistentes administren tratamiento médico para el cuidado de los niños mencionados arriba. Tengo entendido que estos procedimientos serán explicados de antemano.
Yo autorizó que los beneficios de mi aseguranza sean pagados directamente al doctor y me hago responsable financieramente por servicios que la aseguranza no cubra. Yo también autorizó que compartan información durante el procedimiento de reclamos.
He leído y entendido los términos de este contrato. Yo soy la persona adecuada a la que se le tiene que dar este contrato.

Firma: _____ Relación del Paciente _____ Fecha _____

Este contrato es nulo y no aplicable, y tengo ninguna obligación de pagar al proveedor, si mi programa medico cubre los servicios indicados anteriormente o si el proveedor no puede satisfacer condiciones de pago de acuerdo con DSHS como se describe en WAC 388-010(6).
MIY 5/16 (Patient Registration)