

CHILDREN'S HEALTH CARE CENTRO DE NORTE DE VIRGINIA
Bryan McEachern, MD
9001 Digges Road, Suite 106
Manassas, VA 20110

TELÉFONO (703) 392-5437

FAX (703) 392-0176

Nombre completo del niño

1. _____ Fecha de nacimiento _____ M / F

Race _____ Ethnicity _____ Preferred Language _____

2. _____ Fecha de nacimiento _____ M / F

Race _____ Ethnicity _____ Preferred Language _____

3. _____ Fecha de nacimiento _____ M / F

Race _____ Ethnicity _____ Preferred Language _____

4. _____ Fecha de nacimiento _____ M / F

Race _____ Ethnicity _____ Preferred Language _____

Hogar Farmacia _____

Padre / tutor responsable de los gastos

Apellido _____ Nombre _____

SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Inicio PH _____

Dirección _____ PH Celular _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ PH Trabajo _____

E-Mail _____

Otro Padre / Guardián

Apellido _____ Nombre _____

SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Inicio PH _____

Dirección _____ PH Celular _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ PH Trabajo _____

Contacto de emergencia que no sean los padres _____

Dirección _____ Teléfono _____

E-Mail _____

Asignación de Beneficios

Yo autorizo el pago directamente al Centro de Atención de la Salud de los Niños de Northern VA, PC, de otro modo pagadero a mí, por todos los servicios prestados. Yo soy responsable de pagar, pero no limitado a los copagos y los servicios no cubiertos. Yo soy responsable de conocer los detalles de la cobertura de mi seguro de, incluyendo los límites y requisitos, y no voy a mantener al personal del Centro de Salud de Niños de Northern VA, PC responsable de cualquier tarjeta de aplicación del seguro (s), incluyendo aquellas que requieren de los niños Cuidado de la Salud Center of Northern VA, PC o Bryan W. McEachern, MD de figurar como el médico de atención primaria, o una referencia para los servicios será considerado como pago por cuenta propia. Seré responsable de estos cargos y presentación de reclamaciones. También autorizo al médico a divulgar cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguros. Si esta cuenta es enviada a las colecciones, voy a ser responsable de todos los cargos cobrados por el abogado, la agencia y / o los gastos judiciales. Mi firma valida la información de este formulario para la duración de un año a partir de hoy.

FIRMA _____

Fecha _____

