

## MINOR PATIENT'S BILLING INFORMATION FORM

### Información de Facturación de Menores

(Note: This form will need to be updated each year.)  
(Nota: Esta forma necesitará para ser actualizada cada año.)

Patient's Full Name: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Nombre completo del paciente: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Age: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: MO/Mes DAY/Día YEAR/Año Escuela: \_\_\_\_\_

Your home address: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
Su dirección de su casa: Apartamento:

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado: Código postal: País:

Race: \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_ Religion Preference: \_\_\_\_\_  
Raza: Étnico: Religión preferencia:

Language: \_\_\_\_\_ Interpreter Needed: Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
Idioma: Intérprete necesario: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Your Pharmacy: \_\_\_\_\_ Pharmacy Phone Number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Su farmacia: Número de teléfono de farmacia:

How did you hear about us? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró de nosotros

### Parent's / Guardian's (Guarantor's) Padres / Guardian (del Fiador)

Full Name: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Nombre completo: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Age: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Circle one: Mother Father  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: MO/Mes DAY/Día YEAR/Año Marque uno: Madre Padre

Language: \_\_\_\_\_ Interpreter Needed: Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Idioma: Intérprete necesari Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Correo electrónico:

Social Security #: \_\_\_\_\_ Driver's License #: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: Licencia de Conducir: Estado:

Your home address: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
Su dirección de su casa: Apartamento:

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado: Código postal: País:

Home (\_\_\_\_\_) Work (\_\_\_\_\_) Cell (\_\_\_\_\_)  
Teléfono inicio: Teléfono trabajo: Teléfono celular:

Employment Status: Full-Time: \_\_\_\_\_ Part-Time: \_\_\_\_\_ Unemployed:: \_\_\_\_\_ Student: \_\_\_\_\_ Retired: \_\_\_\_\_  
Estado del empleo: Tiempo completo: A tiempo parcial: Desempleados: Estudiante: Retirado:

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
Empleador: Ocupación:

Employer's address: \_\_\_\_\_ Suite #: \_\_\_\_\_  
La dirección de su empleador: Número de serie:

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado: Código postal: País:

Patient's Full Name:

Nombre completo del paciente: FIRST MIDDLE LAST

Other Parent's / Guardian's Padres / Guardian

Full Name:

Nombre completo: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Birth date:

Fecha de nacimiento: MO/Mes DAY/Día YEAR/Año

Social Security #:

Número de Seguro Social:

Home address:

Dirección de casa:

Apt #:

Apartamento:

City:

Ciudad:

State:

Estado:

Zip Code:

Código postal:

Country:

País:

Home ( )  
Teléfono inicio

Work ( )  
Teléfono trabajo

Cell ( )  
Teléfono celular

Employment Status: Full-Time:

Estado del empleo: Tiempo completo:

Part-Time:

A tiempo parcial:

Unemployed::

Desempleados:

Student:

Estudiante:

Retired:

Retirado:

Employer:

Empleador:

Occupation:

Ocupación:

Employer's address:

La dirección de su empleador:

Suite #:

Número de serie:

City:

Ciudad:

State:

Estado:

Zip Code:

Código postal:

Country:

País:

PATIENT'S PERSONAL HEALTH INSURANCE INFORMATION:

Información del seguro de salud personal del paciente:

PRIMARY INSURANCE:

Seguro primario:

SECONDARY INSURANCE:

Seguro secundario:

Subscriber's Name:

Seguro primario:

Subscriber's Name:

Seguro secundario:

Birth Date:

Fecha de nacimiento:

Birth Date:

Fecha de nacimiento:

Subscriber's SSN:

Seguro primario:

Subscriber's SSN:

Seguro secundario:

Group:

Grupo:

Group:

Grupo:

Policy #:

Número de póliza:

Policy #:

Número de póliza:

Patient's relationship to subscriber:

Relación del paciente con el suscriptor:

Patient's relationship to subscriber:

Relación del paciente con el suscriptor:

Co-payment: \$

Co-pago:

(Please hand our receptionist your driver's license and your health insurance card(s) for us to copy, even if we are out of your network. If you need any tests or surgeries, we will need this information in order to help you schedule outside facilities.)

(Dé por favor a nuestro recepcionista su licencia de manejar y su tarjeta de seguro de enfermedad (tarjetas) para la copiamos, incluso si seamos fuera de su red. Si usted necesita cualquier prueba o cirugías, necesitamos esta información para ayudarle a programar las instalaciones exteriores.)

Patient's Full Name:

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ FIRST MIDDLE LAST

NAME of nearest relative who does NOT live with you: \_\_\_\_\_

NOMBRE del pariente más cercano, que no vive con usted:

Relationship: \_\_\_\_\_ Phone Number:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación:

Teléfono:

Relative's address: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

La dirección de su pariente:

Apartamento:

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_

Ciudad:

Estado:

Código postal:

País:

**ASSIGNMENT OF BENEFITS, DISCLOSURE AUTHORIZATION, & PAYMENT ACKNOWLEDGEMENT**

TAREA DE BENEFICIOS, AUTORIZACION de REVELACION, & RECONOCIMIENTO de PAGO

**I HEREBY authorize and assign any insurance company to pay Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land the proceeds of any benefits due me.**

*Yo autorizo y asigno a cualquier compañía de seguros para pagar al Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land el dinero de las ventajas debido a mí.*

**In case of an excessive delay in processing my insurance claim, I authorize Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land to advise the State Department of Insurance on my behalf.**

*En el caso de un excesivo retraso en la tramitación de mi solicitud de seguro, yo autorizo al Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land para asesorar al Departamento de Seguros del Estado en mi nombre.*

**I further acknowledge that I am responsible for the prompt payment of any charges owed to Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land that are not covered by insurance payments, including payment of interest at the statutory rate prescribed by the State of Texas on all balances unpaid after sixty (60) days.**

*Además reconozco que soy responsable por el pago puntual de todos los gastos debidos al Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land que no están cubiertos por los pagos de seguros, incluido el pago de intereses al tipo legal establecido por el Estado de Texas sobre los saldos pendientes de pago después de sesenta (60) días.*

**I further authorize my insurance company to obtain any information which may be necessary to determine benefits payable under any insurance policy on which I am covered.**

*Asi mismo, autorizo a mi compañía de seguros para obtener cualquier información que pueda ser necesaria para determinar los beneficios pagaderos bajo cualquier póliza de seguro en el que yo estoy cubierto.*

**I give permission to the Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land and their orthopedic surgeons, Thomas J. Parr, M.D. and Michael C. Maier, M.D. to obtain all my medication and prescription history when using an electronic system to process prescriptions for my medical treatment.**

*Doy permiso al grupo médico Baylor de San Lucas Sugar Land y a sus cirujanos ortopédicos, Thomas J. Parr, M.D. y Michael C. Maier, M.D., para obtener todos mis medicamentos y el historial de prescripción al usar un sistema electrónico para procesar recetas para mi tratamiento médico.*

**I acknowledge receipt for the Notice of Privacy Policies and Practices of this clinic.**

*Acuso recibo por el aviso de políticas de privacidad y prácticas de esta clínica.*

**A photocopy of this form may be considered as an original for insurance purposes.**

*Una fotocopia de esta forma puede ser considerado como un original para el seguro.*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma:

Fecha:

Relationship: \_\_\_\_\_

Relación: