



Kristie Borgman, MD
David Brennen, MD
David Bush, MD
Seth Goldstein, MD
Olawale Olabiyi, MD
Mary Porisch, MD

Teresa Hospers, MD
Pooja Kashyap, MD
Catharine Kollars, MD
Camila Londono, MD
Rolando Zamora, MD

PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATES

Datos Demograficos Del Paciente:

Nombre: _____ Telefono(Domicilio): _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo V H Numero de Seguro Social: _____

Encargado del Paciente:

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
Telefono: _____ Numero de Seguro Social: _____
Nombre del Empleo _____ Dirección _____
Ocupación: _____ Telefono de Empleo: _____
Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
Telefono: _____ Numero de Seguro Social: _____
Nombre del Empleo _____ Dirección _____
Ocupación: _____ Telefono de Empleo: _____

Información de Seguro Médico:

Nombre de la Compania _____ Numero de Identificación: _____
Nombre del Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____
¿Referido Necesario? Si No Telefono del Seguro: _____
Seguro Secundario: _____ Numero de Identificación: _____
Nombre del Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____

Pediatra o Médico Quien Lo Refirio:

Nombre del Doctor: _____
Dirección: _____ Telefono: _____
Alergias del Paciente: _____

Autorizo el pago al médico mencionado por los servicios realizados. Entiendo que soy responsable a PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATES por cualquier cantidad que el seguro no pague. Doy mi permiso para obtener cualquier información que sea necesaria para procesar esta factura. Solicito que el pago de beneficios del gobierno sean rendidas a la persona que acepta asignación de pago. Certifico que la información dada es cierta y correcta. Entiendo que es ilegal dar datos falsos e omitir datos importante.

Firma del Asegurado

Fecha