

INFORMACION del PACIENTE

Fecha de Cita: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Social Security: _____ Sexo: Male Female

Direccion: _____ Ciudad, Estado,Codigo Postal: _____

de Celular: _____ # de Domicilio: _____

Raza: Indio Americano Negro/Afroamericano Asiatico Hawaianos Nativos/Isleno del Pacifico
 Mas de una raza Otros Caucasico Rehusar

Etnicidad: Hispanico/Latino No Hispanico/Latino

Doctor Que Lo Recomendo: _____ # de Tel: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Pediatra/Doctor Particular: _____ # de Tel: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Alergias de medicina? _____

INFORMACION de los PADRES/ESPOSO (A)

Nombre de Padre/Esposo: _____ Fecha de Nacimineto: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ # de Licencia y Estado: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

de Celular: _____ # de Casa: _____

Compania de Trabajo: _____ # de Trabajo: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Correo Electronico: _____

Nombre de Madre/Esposo: _____ Fecha de Nacimineto: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ # de Licencia y Estado: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

de Celular: _____ # de Casa: _____

Compania de Trabajo: _____ # de Trabajo: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Correo Electronico: _____

Nombre de Guardian _____ Fecha de Nacimineto: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ # de Licencia y Estado: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

de Celular: _____ # de Casa: _____

Compania de Trabajo: _____ # de Trabajo: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Correo Electronico: _____

-- continua en la parte posterior --

PERSONA QUE TRAIGA LOS NINOS SERA RESPONSIBLE POR LA CUENTA

PAGOS SERAN COLECTADOS EL DIA DE LA CITA AL MENOS QUE ACUERDOS SEAN HECHOS CON ANTICIPO

INFORMACION de ASEGURANCA

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Aseguranca: _____ # Tel: _____

Direccion: _____

Ciudad, Est.,Codigo Postal: _____

de Miembro/Poliza: _____ # de Grupo: _____

Apellido de Asegurado: _____ Primer Nombre: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relacion del Asegurado al Paciente: _____

SECONDARY INSURANCE COMPANY

Nombre de Aseguranca: _____ # Tel: _____

Direccion: _____

Ciudad, Est.,Codigo Postal: _____

de Miembro/Poliza: _____ # de Grupo: _____

Apellido de Asegurado: _____ Primer Nombre: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relacion del Asegurado al Paciente: _____

AUTORIZACION DE INFORMACION

Yo autorizo mi medico suministrar a mi(s) compania de seguridad(s) y a conseguir pagos directos al medico. Autorizo mi medico distribuir mis archivos medicos. Yo reconozco la responsabilidad de cualquier balance que quede despues de lo que pague mi(s) asegurancia(s).

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente o de Padre/Madre si el paciente es menor de edad

Relacion al Paciente: _____

*****PERSONA QUE TRAIGA LOS NINOS SERA RESPONSIBLE POR LA CUENTA*****

PAGOS SERAN COLECTADOS EL DIA DE LA CITA AL MENOS QUE ACUERDOS SEAN HECHOS CON ANTICIPO