



Información Paciente

2018

PADRE:

MADRE:

Nombre: (apellido) _____
 (primer) _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Apt: _____
 Ciudad: _____
 Estado: _____ Código: _____
 Estado Civil: _____
 # Teléfono de Casa: () _____
 Trabajo # Teléfono: () _____
 # de celular: _____
 Seguro Social #: _____
 Trabajo: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Ocupación: _____
 Numero de dependientes: _____
 Compañía de Seguro: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Asegurado I.D.# _____
 Nombre o # grupo: _____

Nombre: (apellido) _____
 Apellido de Soltera: _____
 (primer) _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Apt: _____
 Ciudad: _____
 Estado: _____ Código: _____
 Estado Civil: _____
 # Teléfono de Casa: () _____
 Trabajo # Teléfono: () _____
 # de celular: _____
 Seguro Social #: _____
 Trabajo: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Ocupación: _____
 Numero de dependientes: _____
 Compañía de Seguro: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Asegurado I.D.# _____
 Nombre o # grupo: _____

NIÑO/A (PACIENTE): RAZA/GRUPO ETNICO (OPCIONAL) _____

Nombre: (apellido) _____ (primer) _____ (m.i.) _____
 Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social # _____ Sexo (M/F) _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código: _____ Seguro: _____ Identificación # _____
 Emergencia Contacto: _____ Relación: _____
 Teléfono # _____ # de celular: _____
 Referido Por: _____

El paciente es responsable de todos los cargos a menos que sea cubierto por un seguro medico en el cual participemos. Es su deber de pagar nuestros servicios tan pronto se hallan rendido a menos que otras medidas se hayan tomado con nuestro departamento de facturación.

Autorizo por este medio a Clarkstown Pediatrics a informar a los portadores de seguro información respecto a enfermedad y los tratamientos recibidos y asigno por este medio a los médicos todos los pagos para los servicios médicos rendidos a niño. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. **Entiendo que debo llamar a la oficina 24 horas de anticipación para cancelar una cita médica. De no ser así, Clarkstown Pediatrics añadirá un cargo adicional de \$25 dólares.**

Fecha: _____ Firma: _____