

Chart #:
Staff Initials:



Información del Paciente (O mayor de 18 años):

Nombre _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha De Nacimiento _____ Sexo: F M PREFIERO NO ESPECIFICAR

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado de Residencia _____ # de Teléfono _____ Correo Electrónico _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Guardián Legal (O mayor de 18 años)
 Es la MISMA dirección Yo Solo [Si es aplicable]
Nombre _____
Relación al paciente: Madre Padre
 Otro (Documento legal es requerido): _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN# _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
de Teléfono _____
Numero Alternativo _____
Idioma Preferido _____
Correo Electrónico _____

Guardián Legal
 Es la MISMA dirección
Nombre _____
Relación al paciente: Madre Padre
 Otro (Documento legal es requerido): _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN# _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
de Teléfono _____
Numero Alternativo _____
Idioma Preferido _____
Correo Electrónico _____

¿Con quién vive el paciente? Padre Madre Los Dos Otro _____

¿Quién tiene la custodia legal del paciente? Padre Madre Los Dos Otro (Doc legal es requerido) _____

Por favor de presentar algún documento legal

INFORMACION DE ASEGURANZA *TENGA EN CUENTA: SE LE PUEDE PEDIR QUE TRAIGA SU TARJETA DE ASEGURANZA EN CADA VISITA*

ASEGURANZA PRIMARIA

Compañía de seguro _____
del suscriptor _____
de grupo _____
Nombre del Subscriptor _____
Fecha de nacimiento del suscriptor _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Compañía de seguro _____
de suscriptor _____
de grupo _____
Nombre del subscriptor _____
Fecha de nacimiento del suscriptor _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: Aparte de padre o Uno mismo (mayor de 18)

Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

SE REQUIERE EL PAGO EN EL MOMENTO EN QUE SE RECIVAN LOS SERVICIOS

Autorizo a Burlington/Mebane Pediatrics a divulgar información adquirido durante el curso de examinación y tratamiento del paciente. Autorizo el pago directamente del seguro médico a Burlington/Mebane Pediatrics por servicios médicos y procedimientos. Entiendo que tengo la responsabilidad de pagar los cargos en la cuenta del paciente si no es cubierto por el seguro médico. Esta autorización será válida hasta que sea cancelada por escrito o se reemplace por una fecha en el futuro. Una fotocopia de esta forma tendrá la misma validez que el original.

Fecha _____ Firma _____

Relación al paciente _____