*******A PARTIR DE***01-01-13*** NUESTRA CLINICA PODRIA COBRAR POR CITAS PERDIDADS O CANCELADAS CON MENOS DE 2 HORAS DE AVISO*******

HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE DEL PEDIATRIC CENTER

Informacion del Paciente

Nombre_____ FDN_____ Sexo_____

Direccion_____ Numero de telefono_____

Calle Cuidad Estado Codigo

Padres

Nombre del Padre_____ Nombre de la Madre_____

Fecha de nacimiento_____ Fecha de nacimiento_____

Seguro Social_____ Seguro Social_____

Telefono de casa_____ Telefono de casa_____

Celular_____ Celular_____

Direccion_____ Direccion_____

Correo electronico_____ Correo electronico_____

Nombre de empleador_____ Nombre de empleador_____

Telefono de empleador_____ Telefono de empleador_____

Preferencia de recordatorio de cita Texto_____Mensaje de voz_____**Numero de preferencia**_____

Infomacion de aseguranza

Tipo de Aseguranza _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Numero de seguro del asegurado _____

Segundo tipo de Aseguranza _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Numero de seguro del asegurado _____

Personas responsables si diferents que los padres (abuelos, padastros, padres adoptivos)

Nombre_____ Relacion_____ FDN_____

Direccion_____ Numero de telefono_____

Preferencia de farmacia (especifique locacion) _____

Porfavor nombre a una person que podamos contactar en caso de emergencia.

Nombre _____ Numero de telefono_____

HIPPA: Yo autorizo se preste mi informacion medica (o de mi hijp/a) a mi aseguranza explicando enfermedades y tratamientos realizados y asigno pagos de servicios medicos a mi doctor. Entiendo que soy responsable por cualquier pago no cubierto por mi azeguranza. En el evento que sea necesario una procesion de colección, accepto pagar todos los gastos de abogados, de corte y de colección. Tambien accepto que e recibido una copia de HIPPA de la clinica Medical Center for Children and Adolescents, PA (tambien conocida como the Pediatric Center)

Firma _____ Fecha _____

Porfavor proprcione informacion de sus niños, atendidos en esta clinica. Ahora es requerido por Objetivo Significativo de Uso.

Nombre	Apellido	FDN	Sexo	Nacionalidad	Etina	Idioma