

La información del paciente

El médico del paciente: _____ Farmacia principal: _____

Nombre del paciente: **Último:** _____ **Primero:** _____ **Medio:** _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ SSN: _____ Raza: _____

P O Box & dirección de la calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ celda: _____ Teléfono Principal: _____

Correo electrónico: _____

Los padres / tutores **Marque aquí si la dirección y el teléfono son las mismas que el paciente (Rellene los campos restantes)**

Apellido : _____ **Primero:** _____ **Oriente:** _____

Relación: Mamá - Papá - Paso Mama - Paso Papá - Mamá adoptiva - Papá adoptiva – Otro: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono Trabajo: _____

Apellido : _____ **Primero:** _____ **Oriente:** _____

Relación: Mamá - Papá - Paso Mama - Paso Papá - Mamá adoptiva - Papá adoptiva – Otro: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono Trabajo: _____

Contacto de emergencia (Alguien que vive fuera de la casa) **Apellido:** _____ **Primero:** _____

Teléfono de casa: _____ celda: _____ Teléfono Trabajo: _____

Información sobre seguros

Principal Compañía: _____ Co pagar \$ _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

ID# _____ Grupo # _____

Empresa auxiliar: _____ Co pagar \$ _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

ID # _____ Grupo # _____

Asignación y liberación: *autorizo a mis beneficios de seguro que se pagan directamente a especialistas pediátricos de Pendleton, LLC y soy financieramente responsable de todos los servicios prestados si cubiertos o no a través de mi plan de seguros. Autorizo también PSP, LLC para liberar toda la información necesaria en la tramitación de cualquier reclamación.*

Firma: _____ Fecha: _____

Revisado (signo): _____ Fecha: _____