

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal _____
Seguro Social _____ #Telefonico _____ Celular _____

Informacion de los Padres

Nombre de Mama _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social _____ Telefonico _____
Empleador _____ Ocupacion _____ Telefonicon _____
Direccion de Empleadoador _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Nombre de Papa _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social _____ Telefonico _____
Empleador _____ Ocupacion _____ Telefonicon _____
Direccion de Empleadoador _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Email _____

Persona responsable de Cobros (No la Aseguraza)

Nombre _____ # Telefonico _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Relacion al paciente _____ paciente vive con _____ Mama _____ Papa _____ Los Dos _____ Guardian legal

Informacion de Aseguraza

Nombre de Aseguraza _____
Medicaid # _____ CHIP # _____ Medicare # _____
Poliza # _____ Grupo # _____

Asignameinto de Beneficios: Con me firma doy permiso de que la Dra Maria Del Rosario Aguirre pueda mandar cobrar y que la aseguraza le pague por todos los servicios m3dicos que le provea a mis hijos. Yo comprendo que me hago responsable aqu3 prometo pagar los gastos no cubiertos por la compa3a de aseguraza.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____