



**PASSAIC PEDIATRICS P.A.
Información del Paciente**

Nombre del Paciente:..... **Edad:**..... **Sexo:** M F
Fecha de Nacimiento:..... **Dirección:**.....
Ciudad: **Código Postal:** **Teléfono de Casa:**.....
Teléfono Celular: **Email:**.....

Nombre de la Mamá:.....**Celular de la Mamá:**.....

Dirección de la Mamá:..... **Ocupación de la Mamá:**.....

Dirección del Trabajo:.....**Teléfono:**.....

Nombre del Papá:.....**Celular del Papá:**.....

Dirección del Papá:.....**Ocupación del Papá:**.....

Dirección del Trabajo:..... **Teléfono:**.....

Contacto de Emergencia #1:.....

Relación:..... **Teléfono:**.....

Contacto de Emergencia #2:.....

Relación:..... **Teléfono:**.....

INFORMACION DE REFERIMIENTO:

Cómo se entero de nosotros?

Información del Seguro

Seguro Primario:.....

Seguro Secundario:.....

Group #.....

Group#.....

ID#.....

ID#.....

Effective Date:.....

Effective Date:.....

Card Holder Name:.....

Card Holder Name:

Tiene Medicaid como su seguro? SI NO Medicaid#..... Porfavor de traer sus tarjetas de seguro para hacerle una copia y mantenerla en nuestros records.

Autorización de Pago

Yo.....autorizo Passaic Pediatrics, PA que obtenga información de mi presente enfermedad. Yo autorizo al seguro que pague siempre al doctor todos los beneficios debidos como resultado de sus servicios y que todavía soy responsables por todos los cargos que mi seguro no cubrio. Una copia de esta autorización es válida como original

Firma:..... **Fecha:**.....