

Nuby Pediatrics P.A.

Jan-06

Informacion sobre el Paciente

Nombre del Paciente(Primero, medio, apellido)			Telefono de casa	Telefono celular
Direccion del Paciente			Ciudad, Estado, Zip	
Fecha de Nacimiento	Edad	Numero S.S.	Sexo: M F	Stato de Estudiate: Full-time / Part-time / None

Informacion de Pacientes

Nombre de Padre		Direccion	Telefono
Fecha de nacimiento	Seguro sociale	Ocupacion	Telefono de trabajo
Nombre de Madre		Direccion	Telefono
Fecha de nacimiento	Seguro sociale	Ocupacion	Telefono de trabajo

Informacion Sobre el Seguro

Compania Aseguradora Principal		Direccion	Telefono
Numero de Poliza	Numero grupo	Relacion al paciente	Mismo Hijo otro
Nombre de Abonado	Seguro Sociale	Fecha de nacimiento del Abonado	
Compania Aseguradora Sedundaria		Direccion	Telefono
Numero de Poliza	Numero grupo	Relacion al paciente	Mismo Hijo otro
Nombre de Abonado	Seguro Sociale	Fecha de nacimiento del Abonado	
Quien es responsable para la cuenta?			
Referido por?			

Informacion Medica

Alergias a medicaciones? Si No		Lista de medicionas:
Alergias a latex? Si No	Medicaciones que toma tu nino.	
Razon por la vista	Ultima inmunizaciones:	
Firma:	Fecha:	

Beneficio de Asignacion

Yo asigno todo medico o beneficios que incluín major beneficios medicos que estoy intitulado, incluyendo Medicaid, Aseguranza privado y cualquier otra plan de salubridad a: _____ . Este asignacion se queda en efecto hasta que este revocado en escrito por mi. Unphotocopia de este asignacion va ser considiado valido como un original. Es mi comprensio que soy responsable de todo lo encargo ya seque or si no esta pagado de la seguranza. Yo autoriz el asigno, que puede relever tod oinformacion necesario para segura el pago.

FIRME: _____ FECHA: _____

Pago vencido de servicio. (Dinero contante, cheque, VISA,Mastercard o AMEX)