



Información de Paciente

3200 S.W. 60 Court, Ste 103
Miami, Florida 33155-4072

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Mes Dia Año

Dirección de Hogar _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono Habitación _____ Mobil _____ Oficina _____

Raza: Africano Blanco Hispano Otro _____

Lengua Preferida: Ingles Español Otro _____

Correo Electronico: _____

Médico que lo Refiere _____ Telefono# _____

Doctor Primario/Pediatra _____ Telefono# _____

Farmacia _____ Dirección _____

Información de Padres

Quien tiene custodia del Paciente:

Padres Mamá Papá Padres Adoptivos Abuelos Otro _____

Nombre de Madre _____ Fecha de Nacimiento. _____

SS# _____

Dirección Si es la misma que la de arriba

_____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____

Telefono Habitación _____ Mobil _____ Oficina _____

Empleador _____

Dirección de Empleador _____

Nombre de Padre _____ Fecha de Nacimiento. _____

SS# _____

Dirección Si es la misma que la de arriba

_____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____

Telefono_____ Mobil_____ Oficina_____

Empleador_____

Direccion de Empleador_____

Contactos de Emergencia

1. Nombre_____ Relación_____ Telefono_____

2. Nombre_____ Relación_____ Telefono_____

Information de la Poliza De Seguros

1. Nombre de Compañía_____ Relación de Paciente_____

Nombre de Poliza_____ Fecha de Nacimiento_____

SS#_____

Número de Poliza_____ Número de Grupo_____

Dirección de Reclamos_____ Ciudad_____ Estado_____

Codigo Postal_____

2. Nombre de Compañía_____ Relación de Paciente_____

Nombre de Poliza_____ Fecha de Nacimiento_____

SS#_____

Numero de Poliza_____ Numero de Grupo_____

Dirección de Reclamos_____ Ciudad_____ Estado_____

Codigo Postal_____

El pago de los servicios debe ser realizado el dia de la cita y debe ser cancelado por completo por el paciente o por la persona acompañando al menor. Si nuestra oficina participa con su proveedor de seguros todos los servicios no cubiertos, copagos y/o deducibles deben ser cancelados en el momento de la visita. Cualquier arreglo diferente del pago completo debe hacerse previo a la cita. Es la responsabilidad del garantor entender y aceptar los lineamientos de su poliza indiviual. Si a la hora de la visita no nos puede proporcionar la información de su seguro, tendra que pagar por completo por los servicios. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance no cubierto por mi compañía de seguros.

He leído y entiendo la poliza de pagos de la oficina y estoy de acuerdo con los terminos aqui descritos.

Firma de paciente o padre o guardian_____ Fecha_____

Nombre de representante_____ Relacion_____