



"Always There with Nurturing Care"

Ekta Khurana, MD, & Michelle Crawford, ARNP

INFORMACIÓN FAMILIAR

Por favor enumere cada uno de sus hijos que son vistos como los pacientes:

Table with 6 columns: Apellido, Primer nombre, M.I., Fecha de Nacimiento, Sexo: (M/F), Número de teléfono de la celular del paciente (si es mayor de 13 años). Rows 1-5.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE (S)

¿Cómo encontró nuestra oficina:

Directorio telefónico Seguro Padre de CBP paciente: Amigo / otros:

¿Quién tiene la custodia legal? Madre Padre Ambos

Otras personas

\* Número de teléfono preferencia para llamadas desde su oficina: dirección de correo electrónico:

Autorizo Dr Khurana y/o Michelle Crawford, ARNP a dejar mensajes en contestadores automáticos/mensajes: Sí No inicial:

Nombre de la madre o tutor: Fecha de nacimiento: Número de Casa: Celular:

Dirección: Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Empleador: Position: Seguro Social: Numero de trabajo:

Nombre del padre/tutor: Fecha de nacimiento: Número de Casa: Celular:

Dirección: Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Empleador: Position: Seguro Social: Numero de trabajo:

INFORMACIÓN DE SEGURO TITULAR/GARANTE (RESPONSABLE)

Nombre: Fecha de nacimiento: Seguro Social:

Dirección: Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Número de teléfono: Relación al paciente: Empleador:

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de la persona que no vive usted: Relación con el paciente: Número de teléfono:

MISCELÁNEO

Raza: Indios americanos y nativos de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hawaiano nativo y las Islas del Pacífico Blanco Otra

Grupo étnico: América Central Cubano República Dominicana Hispano o Latino/Español América Latina / Latina/Latino Mexicana No hispano o Latino Puerto Rico Español Otra

Idioma de preferencia: Inglés Español Otra barreras de comunicación: Visión La audiencia Ninguno

INFORMACIÓN-TARJETA DE SEGURO

Mi hijo está cubierto por: Seguro de ambos padres seguro de madre seguro de padre Molina DSHS

Nombre del niño/niños: Seguro copago:

Seguro primario: ID del asegurado: Grupo No.:

Seguro secundario: ID del asegurado: Grupo No.:

Entiendo que, independientemente de mi condición de seguro, soy responsable en última instancia, el balance de mi cuenta para los servicios profesionales prestados. Asigno médicos o médicos mayores beneficios del seguro a Dr. Ekta Khurana. Yo, autorizo a Dr. Khurana/Columbia Basin Pediatrics para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago y presentar en mi nombre quejas necesarias para el Comisionado de seguros de Washington. Entiendo que al en la primera visita no resultará en un despido para toda la familia y 3 que no se presenta para familia en 1 año plazo resultará en el despido de no venir toda la familia. Tengo entendido que se evaluarán una tarifa administrativa de \$25,00 para "Presentarse" nombramientos y NSF revisa.

Firma: Fecha:

Testigo: Fecha:

