

Cactus Children's Clinic, PC Datos demográficos del paciente Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nac.: _____ SEXO: M F

Circule uno INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR/PADRASTRO Vive con el/la paciente (circule) S N

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. de SS: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono de preferencia: _____ Celular/Casa Oficina: _____

Circule uno INFORMACIÓN DE LA MADRE/TUTORA/MADRASTRA Vive con ella/la paciente (circule) S N

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. de SS: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono de preferencia: _____ Celular/Casa Oficina: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

HERMANOS(AS)

Nombre: _____ F. de nacimiento: _____

Nombre: _____ F. de nacimiento: _____

Nombre: _____ F. de nacimiento: _____

Nombre: _____ F. de nacimiento: _____

Nombre: _____ F. de nacimiento: _____

SEGURO PRINCIPAL

Aseguradora _____ Núm. de ID _____

Dirección: _____

Titular de la póliza: _____ Núm. de SS: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre del grupo: _____ Núm. del grupo _____ Fecha de vigencia: _____

SEGURO SECUNDARIO

Aseguradora _____ Núm. de ID _____

Dirección: _____

Titular de la póliza: _____ Núm. de SS: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre del grupo: _____ Núm. del grupo _____ Fecha de vigencia: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo para que mis beneficios del seguro le sean pagados directamente a *Cactus Children's Clinic, P.C.* (CCC) y entiendo que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos; estoy de acuerdo con las políticas financieras de CCC. En el caso de que el pago no se efectúe por acuerdo y esta cuenta sea entregada a cobranza morosa. Me comprometo a pagar todos los costos razonables de dichos cobros morosos. También autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos, a menos que esta autorización sea revocada por escrito.

Firma del padre o representante autorizado del paciente

Fecha