Fecha_____

Información De Padres

Apellido | Nombre | Segundo Nombre

Número de seguro social | Fecha de nacimiento | Edad | Licencia de conducir

Dirección | Apartamento # | Ciudad | Estado | Código Postal

Numero teléfono de su casa | Numero teléfono de su celular | Estado Civil

Empleador | Ocupación | Numero teléfono de Empleador

Nombre de su cónyuge | Empleador | Numero teléfono de su celular | Numero teléfono de Empleador

Número de seguro social | Fecha de nacimiento | Edad | Licencia de conducir número

Nombre de los niño(a)s	Fecha de Nacimiento

Familia más cercana o un amigo que no viva con usted | Relación al paciente? | Numero teléfono

Información Médica de Seguros

Nombre de la Compañía | Número de abonado | Número de póliza

Nombre de la Compañía | Número de abonado | Número de póliza

Si el pago se hará con el médico de señal por debajo de	Paciente o padre de familia debe firmar abajo
Autorización para pagar los beneficios a los proveedores Por la presente autorizo el pago a las prestaciones a directamente a cualquier proveedor de servicio, que mi seguro pague por los servicios, pero que no exceda los cargos razonables y habituales para esos servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por la presente autorización. X_____ Firma Fecha	**Autorización para divulgar información** Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, la organización de prepago, el empleador, el hospital o el médico para liberar toda la información con respecto a mí o cualquiera de mis dependientes que pueden tener relación con las prestaciones debidas en virtud de ésta ni otro plan que ofrezca beneficios o servicios. Por la presente certifico que la información proporcionada es verdadera y lo mejor de mi conocimiento. X_____ Firma Fecha

Forma de pago: ___efectivo ___cheque personal ___tarjeta de crédito (Visa / MC

Entiendo que soy responsable de todos los servicios prestados. Si tuviera una cuenta delincuente y se refirió a un colector de terceros, que será responsable del pago de toda la colección o un abogado los honorarios razonables necesarios para cobrar la deuda.

He leído y entendido lo anterior X_____

Firma Fecha