

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nino Nina  
PRIMERO OTRO APELLIDO

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

Direccion del paciente: \_\_\_\_\_  
NUMBRO DE LA CALLE CALLE # DEL APARTAMENTO  
\_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Telefono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Lugar donde nacio: \_\_\_\_\_  
HOPITAL CIUDAD ESTADO

Nombre de hermanos(as): \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE UN AMIGO ENCASO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ #(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Aparte del de los padres)

## INFORMACION DEL RESPONSABLE

**Nombre de la mama:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Telefono de la casa de mama: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo de mama: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cellular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Numero del Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

# De Licencia De Manejo: \_\_\_\_\_

**Nombre del papa:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Telefono de la casa de papa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo de papa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cellular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Numero del Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

# De Licencia De Manejo: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SU ASEGURANCIA

Nombre del asegurado(persona que tenga la asegurancia): \_\_\_\_\_

Que es esta persona del paciente: \_\_\_\_\_ Donde trabaja: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre y Direccion de la asegurancia: \_\_\_\_\_

**Numero de la asegurancia:** \_\_\_\_\_ **Numero del grupo de la asegurancia:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del asegurado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de efectivo:** \_\_\_\_\_

Tiene Medicaid SI NO

Firma a continuación se indica la responsabilidad financiera de todos los cargos efectuados en esta cuenta para cualquier porción de su cuenta no pagada en su totalidad. Este es un acuerdo jurídicamente vinculante para la responsabilidad financiera de cobro de honorarios, gastos finales, y cualquier honorarios de abogados para pago de la cuenta. Esto también es un acuerdo jurídicamente vinculante para McKinney Pediatrics, PA para el tratamiento y el cuidado de su hijo, a menos que se indique otra cosa. Tenga en cuenta que el pago se debe en el momento del servicio.

**Quien triga al nino o nina es responsable del bil.**

PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PERSONA RESPOSABLE