

McKinney Pediatrics

Robert C. Neal, MD * Daniel T. Vernier, MD * Rita K. Yu, MD * Jan Wheat, RN, MS, FNP-C

1872 N. Lake Forest Dr., McKinney, Texas 75071, T: 972.548.0758, F: 972.548.0425

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Nino Nina

Fecha de nacimiento: _____ *Primero Otro Apellido*
Mes Día Año Teléfono de la casa: _____
 Teléfono: _____

Dirección del paciente: _____
Numero de la Calle Calle # del apartamento

Cuidad Estado Código Postal

Nombre de Hermanos(as): _____

Nombre de un amigo ENCASO de emergencia: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DEL RESPONSABLE

Información De La Mama: _____ Paciente vive con mama

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 E-mail: _____ #De Licencia De Manejo: _____
 Teléfono de la Casa: _____ Numero del seguro social: _____
 Cellular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información Del Papa: _____ Paciente vive con papa

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 E-mail: _____ #De Licencia De Manejo: _____
 Teléfono de la Casa: _____ Numero del seguro social: _____
 Cellular: _____ Teléfono del trabajo: _____

INFORMACION DE SU ASEGURANCIA

Persona que tenga la asegurancia: _____

Que es esta persona del paciente: _____ Donde Trabaja: _____

Nombre de la asegurancia: _____ Teléfono: _____

Numero de la asegurancia: _____ Numero del grupo de la asegurancia: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Fecha de effective: _____

?Tiene Medicaid? Si No

¿Como te enteraste de nosotros?

<i>Amigo</i>	<i>Conduciend o</i>	<i>Anuncia</i>	<i>Asegurancia</i>	<i>Otro:</i>
--------------	-------------------------	----------------	--------------------	--------------

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. Esta es un acuerdo jurídicamente vinculante para la responsabilidad financiera de cobro de honorarios, gastos finales, y cualquier honorario 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 RESPONSIBLE DE BILI

Persona Responsable: _____

Firma De La Persona Responsable: _____ Fecha: _____