



McKinney Pediatrics

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

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Nino Nina

Primero Otro Apellido

Fecha de nacimiento: _____
Mes Día Año

Teléfono: _____
(para los mensajes de las citas)

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

Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Hermanos(as): _____

Dirección de factura: _____

(si diferente) _____ Nombre: _____

INFORMACION DEL PERSONA RESPONSIBLE

Información De La Mama:

Paciente vive con mama _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

E-mail: _____

Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Información Del Papa:

Paciente vive con papa _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

E-mail: _____

Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

¿Como te enteraste de nosotros?

<i>Amigo</i>	<i>Conduciendo</i>	<i>Anuncio</i>	<i>Aseguranza</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 TRAIGA AL NINO O NINA ES RESPONSIBLE DE FACTURA!

Persona Responsable: _____

Firma De La Persona Responsable: _____ Fecha: _____