



Center for Pediatrics

Fecha: _____ Cómo se entero de TLC? _____

INFORMACION DE LA PERSONA SER VISTA HOY

Nombre del paciente (Primero, Inicial Mediana, último)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____

Teléfono de emergencia: _____ Contacto de emergencia(Relación) _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: Macho _____ Hembra _____

Número del seguro social:

NOMBRE de MADRE: _____ APELLIDO DE SOLTERA: _____

EMPLEADOR de MADRE: _____

La Dirección y telefono del empleador de la madre :

Raza	La etnia
<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> No hispano/no latinoamericano
<input type="checkbox"/> Negro/Norteamericano negro	<input type="checkbox"/> Hispano/latinoamericano
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Descenso
<input type="checkbox"/> Descenso	

Idioma preferido: ___ Inglés ___ Español ___ Otro _____

INFORMACION EN DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre de la Persona responsable (Primero, Inicial Mediana, último):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____

Teléfono de emergencia: _____ Contacto de emergencia(Relación) _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: Macho _____ Hembra _____

Número del seguro social:

Correo electrónico

NOMBRE de PADRE: _____ Número del seguro social: _____

EMPLEADOR de Padre: _____

La Dirección y telefono del empleador del padre :

Nombre y teléfono del pariente más cercano que no vive con usted: _____



Center for Pediatrics

INFORMACION de SEGURO:

****** Permita por favor que la recepcionista haga copias de sus tarjetas de seguro******

FAVOR DE NOTAR: Es la política de *The Longstreet Clinic* que reunimos pago íntegro hal momento de su visita. Si tiene una política con una compañía con que tenemos un contrato, archivaremos contentamente su reclamo para usted. Comprenda por favor que si usted no está con un portador contratado, debe pagar por su visita hal tiempo de servicio. Si tiene una preocupación acerca de sus recursos para los servicios completados , hable por favor con la recepcionista hal tiempo de servicio.

PORTADOR PRIMARIO de SEGURO: _____		
Nombre del Asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____	_____ / _____ / _____
Empleador del asegurado: _____	Número del seguro social del Asegurado: _____	_____
PORTADOR SECUNDARIO del SEGURO: _____		
Nombre del Asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____	_____ / _____ / _____
Empleador del asegurado: _____	Número del seguro social del Asegurado: _____	_____

Autorizo *The Longstreet Clinic, P.C.* suerte a mi compañía de seguros cualquier información necesario para servicios proporcionados. Autorizo pago de Beneficios Médicos a *The Longstreet Clinic, P.C.*

Firma: _____

Comprendo que me quedo responsable a *The Longstreet Clinic, P.C.* por cualquier y todas las cargas..

Firma: _____

Liste por favor a su otro niño (s) que son paciencia aquí, así como sus fechas del nacimiento:

Niño (a): _____	Fecha de nacimiento _____
Niño (a): _____	Fecha de nacimiento _____
Niño (a): _____	Fecha de nacimiento _____
Niño (a): _____	Fecha de nacimiento _____