



PARRAPEDIATRICS

healthcare with love

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Alergias: _____

Referido por: _____ Doctor Anterior: _____

Otros familiares que son pacientes nuestros: _____

INFORMACION DE LOS PADRES (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Otro Teléfono: _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Otro Teléfono: _____

En Caso De Emergencia Contactar/Relación con el Paciente: _____

Teléfono: _____

PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR:

Nombre: _____

Nombre del Seguro: _____ Nombre de Póliza/Número: _____

Medicare: _____ Medicaid: _____ Efectivo: _____ Otra Asegurancia: _____ SS: _____

AUTORIZACION: Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagaderos a la clínica medica Cesar Parra MD, también certifico que seré responsable del resto de los gastos que no están cubiertos. Autorizo a esta clínica y a sus médicos a proporcionar toda la información necesaria a las compañías de seguro.

Fecha: _____

Firma: _____