



Pediatría

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ (_____)
Primer nombre Segundo nombre Apellido Nombre preferido
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F N.º del Seguro Social _____
Raza: _____
Persona con la que vive el paciente: _____ Relación: _____
Tutor legal: _____ Relación: _____
Cuidador principal: _____ Relación: _____

Información del padre, de la madre (o del tutor):

Nombre completo: _____ Teléfono particular: _____
Dirección: _____ Teléfono laboral: _____
Teléfono celular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Información del seguro

Compañía: _____ Nombre del asegurado: _____
Nombre del grupo: _____ Relación con el paciente: _____
Empleador: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Información del garante (persona responsable de la factura)

Nombre completo: _____ Teléfono particular: _____
Dirección: _____ Teléfono laboral: _____
Teléfono celular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____
N.º del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

¿Tenemos en nuestro cuidado otros hermanos? S N

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de emergencia: Que no sea el padre o la madre que tiene la guardia y custodia

Nombre: _____
Dirección: _____ Relación: _____
Teléfono: _____
Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Consentimiento: Doy mi consentimiento para que se brinde el tratamiento médico necesario al paciente que figura arriba.

Firma Relación Fecha

Todos los servicios profesionales prestados son responsabilidad financiera del paciente. Se espera un pago tras la prestación de servicios. En el caso de los pacientes asegurados, con mucho gusto los ayudaremos a presentar los reclamos al seguro. *Al firmar abajo, doy mi consentimiento, por este medio, para que mi compañía de seguros entregue toda la información necesaria a Affinity Health Group, LLC sobre el estado de mis reclamos. Además, por este medio, autorizo a Affinity Health Group, LLC a proporcionar información a mi compañía de seguros sobre mis antecedentes médicos, enfermedades y tratamientos. Asimismo, autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Affinity Health Group, LLC todos los beneficios para los que yo o mis dependientes seamos elegibles para la prestación de servicios de atención médica.

HE LEÍDO, COMPRENDO Y ACEPTO LAS DISPOSICIONES QUE FIGURAN ARRIBA.

FIRMA: _____ FECHA: _____