

INFORMACION A CERCA DE LA ASEGURANZA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ # de Cuenta _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Compañía _____ Teléfono de la Compañía _____

Dirección de Correo Electronico _____

Teléfono Celular _____ S.S. # _____

Dirección de la Casa _____ Teléfono de la Casa _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Compañía _____ Numero de la Compañía _____

Dirección de Correo Electronico _____

Teléfono Celular _____ S.S. # _____

Dirección de la Casa _____ Teléfono de la Casa _____

Asegurancia Primaria (Madre _____ Padre _____)

Nombre de la Póliza _____ Group # _____ ID # _____

Dirección de la Asegurancia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Asegurancia Secundaria (Madre _____ Padre _____)

Nombre de la Póliza _____ Group # _____ ID # _____

Dirección de la Asegurancia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Otra Asegurancia:

DIVULGACION DE INFORMACION/ AUTORIZACION DE BENEFICIOS

Yo por medio de la mediante autorizo a Pediatric Endocrine Associates, P.C. y a sus doctores a que obtengan y autoricen archivos médicos pasados, presentes y futuros e información para o de otro servicios de aseguranza y profesionales para asistir en el cuidado medico y tratamiento de mi hijo. Yo también permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mi a en cualquier momento mediante un aviso por escrito.

Fecha _____ Firma _____

Relación si no es el paciente _____

Yo autorizo pago de mis beneficios médicos a Pediatric Endocrine Associates, P.C. y a sus doctores por los servicios dados.

Fecha _____ Firma _____

Relación si no es el paciente _____