

Por Favor use: TINTA NEGRA

Por favor incluya a todos los niños menores de 18 años y que tengan los mismos padres biológicos y vivan en el mismo hogar en un formulario

| | | | | |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Paciente # | | | | |
| Primer Nombre | | | | |
| Segundo Nombre | | | | |
| Apellido | | | | |
| Fecha de nacimiento | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| Escuela | | | | |

Contacto 1: Padre/Guardian (Este contacto sera la **UNICA** persona que reciva los recordatorios de cita)

Marque uno: Madre Madrastra Madre adopva Guardian legal
 Padre Padrasto Padre adoptivo Otro: _____

Esta es la residencia principa del paciente (s)? Si _____ No _____

Nombre: _____
Primero Segundo nombre Apellido Numero de Seguro Social Fecha de nacimiento

Domicilio Postal: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Correo Electronico: _____

Numero Celular: _____

Contacto 2: Padre/Guardian (Este contacto saltar al "Empleador" - no recibira recordatorios de cita)

Marque uno: Madre Madrastra Madre adoptiva Guardian legal
 Padre Padrasto Padre adoptivo Otro: _____

Esta es la residencia principal del paciente (s)? Si _____ No _____

Nombre: _____
Primero Segundo nombre Apellido Numero de seguro socia Fecha de nacimiento

Si este domicilio es igual del contacto 1 – Marque aqui _____ (no necesita escribir abajo)

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Correo Electronico: _____

Numero Celular: _____

QUIEN ES EL PADRE CUSTODIAL? (Si aplica) _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion al Paciente _____ Numero de Telefono: _____
 (aparte de contacto mencionado anteriormente-amigo o un pariente que no viva con usted)

SI LAS TARJETAS DE ASEGURA NO SE PRESENTAN EN CADA VISITA USTED SERA CONSIDERADO RESPONSABLE

Financieramente Responsable

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro. Es mi responsabilidad notificar a NWPC de mi seguro o si ay un cambio. Si mi seguro requiere un copago, el copago tiene que ser pagado el dia del servicio. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cobierta por mi seguro. Si no tengo seguro el pago es requerido al tiempo del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con el departamento de finanzas. Si es necesario NWPC mandara mi cuenta a una agencia de coleccion por la cantidad que se deba. Acepto pagar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogados. Por lo pressente asigno al medico/proveedor todos los pagos por los servicios medicos prestados.

Firma del Padre/guardian legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

updated _____