



**PediatricCare Associates**  
*Pediatric and Adolescent Medicine*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Nombre a la persona quien lo refirio: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_ Latino/ No-Latino \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Primer Nombre del Papa:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion (Si esta es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_

Numero Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electronico (opcional) \_\_\_\_\_

**Primer Nombre de la Mama:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion ( Si esta es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_

Numero Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electronico (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

Nombre de la Compañia de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de la Polisa: \_\_\_\_\_

Numero del Grupo: \_\_\_\_\_

El paciente esta asegurado con (cual de los padres): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**FARMACIA PRIMARIA**

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_

**Yo por la presente autorizo la liberación de historiales médicos a mi compañía de seguros ya que puede ser necesario para el propósito de re-embolso. Yo se que soy últimamente responsable de cualquier y todos los servicios rendidos a mí (mi niño) a pesar de cualquier determinacion departe del seguro.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**\*\*Es reglamento de nuestra oficina que esta forma sea completada anualmente por cada niño\*\***