

## BIENVENIDO A LA OFICINA DE SAN ANTONIO PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.

REGISTRO DE PACIENTE

FECHA:

INFORMACION DEL PACIENTE			
Nombre:		Sexo:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	St:	Zip:
Teléfono:		Referido Por:	
Nombre y teléfono de la farmacia:			
INFORMACION DE LA MADRE			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	SS#
Dirección:	Ciudad:	St:	Zip:
Empleador:		Ocupación:	
# del trabajo:		# de la casa:	
Nombre del dueño:		Teléfono:	
INFORMACION DEL PADRE			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	SS#
Dirección:	Ciudad:	St:	Zip:
Empleador:		Ocupación:	
# del trabajo:		# de la casa:	
Nombre del dueño:		Teléfono:	
GUARDIAN'S INFORMATION			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	SS#
Dirección:	Ciudad:	St:	Zip:
Empleador:		Ocupación:	
# del trabajo:		# de la casa:	
Nombre del dueño:		Teléfono:	
CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES)			
Nombre:		Dirección/Teléfono:	
PARIENTE MAS CERCANO (QUE NO VIVE CON LA FAMILIA)			
Nombre:		Dirección/Teléfono:	
INSURANCE/BILLING INFORMATION			
Persona Responsable: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro(relación con el PT):			
Dirección para enviar la cuenta:			Telefono:
SEGURO PRIMARIO			
Nombre:		Dirección:	
#Pol:	#Grupo:	Código de beneficio:	Fecha Effect.:
Nombre del poseedor de la póliza:			
SEGURO SECUNDARIO			
Nombre:		Dirección:	
#Pol:	#Grupo:	Código de beneficio:	Fecha Effect.:
Nombre del poseedor de la póliza:			
Medicaid #:		Medicare:	
INFORMACION DEL SEGURO ADICIONAL:			

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT OF SURGICAL/MEDICAL BENEFITS TO SAN ANTONIO PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A. FOR SERVICES RENDERED BY A MEMBER OF THE GROUP. AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I HEREBY AUTHORIZE SAN ANTONIO PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A. TO RELEASE ANY MEDICAL OR INCIDENTAL INFORMATION THAT MAY BE NECESSARY FOR EITHER MEDICAL CARE OR IN PROCESSING APPLICATIONS FOR FINANCIAL BENEFITS. A PHOTOCOPY OF THESE ASSIGNMENTS SHALL BE VALID AS THE ORIGINAL. I UNDERSTAND AND AGREE THAT (REGARDLESS OF MY INSURANCE STATUS) I AM RESPONSIBLE FOR THE BALANCE ON MY ACCOUNT FOR ANY SERVICES RENDERED. I HAVE READ ALL THE ABOVE INFORMATION AND HAVE COMPLETED IT. I CERTIFY THAT ALL THIS INFORMATION IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I WILL NOTIFY THE OFFICE OF ANY CHANGES IN HEALTH STATUS OR THE ABOVE INFORMATION.

PATIENT'S SIGNATURE (IF APPLICABLE): \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN'S NAME (PLEASE PRINT): \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_