

## INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor escriba en letra de molde toda la informacion.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PAPA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE MAMA: \_\_\_\_\_

CELLULAR DE PAPA: \_\_\_\_\_ CELLULAR DE MAMA: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PAPA:** LICENCIA DE MANEJO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE MAMA:** LICENCIA DE MANEJO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ASEGURANZA/SEGURO PRIMARIA:** \_\_\_\_\_

NUMERO DE CERTIFICADO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLICY: \_\_\_\_\_

POSEEDOR DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ASEGURANZA/SEGURO SECUNDARIA:** \_\_\_\_\_

NUMERO DE CERTIFICADO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLICY: \_\_\_\_\_

POSEEDOR DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

**POLICY DE OFICINA:**

Co-pays tienen que ser pagados al tiempo de la cita. Pacientes sin aseguranza o seguro se les require pago complete al tiempo de la cita.

Cualcuier balance tiene que ser pagada al recibir el statement de la oficina. Si se necesita hacer pagos mensuales por favor comuniquese con nuestra oficina. Trataremos de venir a un acuerdo con usted.

Se cobrara \$25.00 por cualquier cheque que sea regresado por su banco. Si el banco regresa su cheque sin fondos ya no recibiremos mas cheques de usted i tendra que pagar en efectivo, targeta de debito/credit (Visa/MasterCard) o money order. **Cualquier cheque sin fondos que no sea pagado sera reportado al Bad Check Restitution Program.**

**AUTORIZACION DE PAGO AL DOCTOR:**

Por esta, yo autorizo que se haga pago directo al doctor(a) Amjad Mahfoud, MD o Janet P. Fermin, MD beneficios de gastos medicos de otra manera se page a mi persona. Yo entiendo que soy responsable por cualquier pago que sea determinado por mi aseguranza ya sea que no sea elegible mi dependiente, deductibles o co-insurance de acuerdo a mi aseguranza. Yo entiendo que mi co-pay tiene que ser pagado al tiempo de mi cita.

Yo autorizo al Dr. Amjad Mahfoud, MD o Janet P. Fermin, MD para examinar i tratar a mis ninos en mi ausencia por cualquier motivo de emergencia o enfermedad.

FIRMA DEL PADRE O MADRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_