

Allergies to Medication _____
 (Alergias a medicamentos)

CHILD'S COMPLETE NAME _____ SEX Male Female D.O.B. _____
 (Nombre Completo Del Paciente) (Sexo) (Fecha de Nacimiento)

ADDRESS _____ APT NO. _____
 (Dirección) (Numero de Apartamento)

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____
 (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

PHONE NUMBER _____ CELL PHONE _____
 (No. de Telefono) (Celular)

EMERGENCY CONTACT _____
 (Contacto de Emergencia)

Full Name	Relationship to Patient	Phone No.
(Nombre completo)	(Relación al Paciente)	(No. de Tel.)

PARENT/GUARDIANSHIP INFORMATION

MOTHER/GUARDIAN NAME _____ D.O.B. _____
 (Nombre de Madre/Guardia) (Fecha de Nacimiento)

FATHER/GUARDIAN NAME _____ D.O.B. _____
 (Nombre de Padre/Guardia) (Fecha de Nacimiento)

PRIMARY INSURED INFORMATION

PRIMARY INSURANCE _____ ID NO. _____
 (Nombre de Seguro Primaria) (No. de Póliza)

GUARANTOR _____ SSN _____
 (Persona Responsable de la Póliza) (No. de Seguro Social)

SECONDARY INSURED INFORMATION

SECONDARY INSURANCE _____ ID NO. _____
 (Nombre de Seguro Secundaria) (No. de Póliza)

GUARANTOR _____ SSN _____
 (Persona Responsable de la Póliza) (No. de Seguro Social)

Insurance Authorization/Autorización del Seguro

I hereby give authorization for payment of insurance benefits to be made directly to Moon Valley Pediatrics and any assisting physicians for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not they are covered by insurance. In the even of default, I agree to pay all costs of collection and reasonable attorney's fees. I hereby authorize this healthcare provider to release all information necessary to insure the payment of benefits to my insurance company. I further agree that photocopies of this agreement shall be as valid as the original.

Yo padre o guardia, me hago responsable de todos los cargos que sean o no sean cubiertos por mi seguro(s). En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo de pagar los cargos de colección y los honorarios de abogado. Doy autorización a este proveedor de cuidado de salud para dar cualquier información necesaria para el seguro. Estoy de acuerdo que una copia de este documento es tan valida como la original.

Signature _____ Date _____
 (Firma) (Fecha)