



# Pacific Pediatric Cardiology Medical Group, Inc.

## Información de Paciente

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ No. de Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F

Correa Electronico: \_\_\_\_\_  No disponible  Prefiero no proveer

Idioma principal que se habla: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Etnicidad y Raza:  Hispano o Latino  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afro-Americanos  Blanco  
Marque uno  Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico  Asiático  Otra Raza \_\_\_\_\_

Nombre de Madre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ No. de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ No. de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_

## Información de Empleador de Padres / Tutor

Empleador de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador de Madre/ Tutor: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Información de Seguro

Compañía de Seguro Primaria: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono de Compañía de Seguro Primaria: \_\_\_\_\_ Nombre de Suscriptor Principal: \_\_\_\_\_

No. de Política: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros de Secundaria: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono de Compañía de Seguro Secundaria: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_

## En Caso de Emergencia Pariente o Amigo Más Cercano:

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Médico de Atención Primaria / Médico Referente

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Asignación de Beneficios y Divulgación de información

Autorizo pago directamente a Pacific Pediatric Cardiology Medical Group, Inc. de los beneficios del seguro de lo contrario pagar a mí. Entiendo que soy responsable de los gastos no cubiertos por el seguro. Autorizo a que una foto copia de esta autorización sea como si fuera la original. Si es necesario enviar la cuenta a un abogado para colección o demanda, el firmante abajo deberá pagar honorarios razonable al abogado y gastos de colección, incluidos los gastos de la corte. También autorizo acceso a mi historial de recetas.

Fecha

Firma (Padre o Tutor Legal)

PIS110414RL