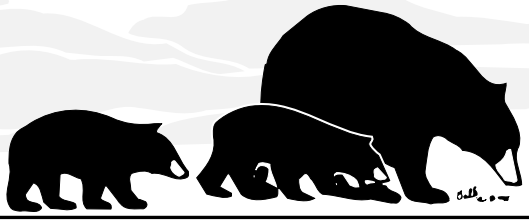
MOUNTAIN VIEW

Pediatrics



Servicios, Médicos professionales para niños, adolescentes y jóvenes.

PATIENT REGISTRATION

PLEASE PRINT

Nombre De Paciente _____
(Child) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Favor d poner un quion en medio de los dos appellidos

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono _____ Edad _____ Fecha De Nacimiento _____ Sexo _____
mes/día/año masc/fem

Nombre Del Padre _____
Apellido Nombre Donde Trabaja Teléfono Numero Cellular

Nombre De La Madre _____
Apellido de soltera Nombre Donde Trabaja Teléfono Numero Cellular

Nombre De Soltera _____
Apellido Nombre Donde Trabaja Teléfono Numero Cellular

Numero de
Seguro Social #: _____ Padre

Numero de
Seguro Social #: _____ Madre

Fecha De Nacimiento: _____ Padre

Fecha De Nacimiento: _____ Madre

Otros Ninos Que Vienen a Esta Consultorio: _____

Teléfono De Emergencia _____ Nombre: _____

Insurance Coverage: _____ / _____ / _____
Compania De Seguro Principal Beneficiario Numero de Póliza

_____ / _____ / _____
Compania De Seguro Principal Beneficiario Numero de Póliza

ES LA POLIZA DE ESTE CONSULTORIO QUE EL PADRE O TUTOR ES RESPONSABLE DE PAGAR LA CONSULTA Y LOS DEMAS SERVICIOS QUE EL SOLICITE PARA SU HIJO O HIJO.

Al firmar este documento autorizo a me seguro médico para que procese y pague directamente a este consultorio los gastos por los servicios recibidos. Entiendo y estoy de acuerdo que yo soy responsable de pagar la diferencia o los gastos que no cubra mi seguro. También doy me autorización para que esta oficina apele, en caso de ser necesario, ante La Comisión de Seguros Médicos para acelerar el pago por la(s) consulta(s) de mis beneficiarios.

_____
Firma Fecha

_____ Ivan Carrion, M.D., F.A.A.P.
_____ John F. Whalley, M.D., F.A.A.P.
_____ Christopher R. Clapp, M.D., F.A.A.P.
_____ Rudy T. Medina, M.D., F.A.A.P.
_____ Michael B. Gonzalez, M.D.
_____ Patricia P. Bachman, R.N., M.S.N., C.P.N.P.
_____ Karla Z. Robinson, R.N., M.S.N., C.P.N.P.
_____ Denise Niehues, PA-C