

Madre/Guardian: _____ C S D V Sep
Primer Nombre Segundo nombre Apellido

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de su casa:(____) Celular:(____) Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____ Telefono de trabajo: (____) _____

Padre/Guardian: _____ C S D V Sep
Primer Nombre Segundo nombre Apellido

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de su casa:(____) Celular:(____) Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____ Telefono de trabajo: (____) _____

Paciente: _____ Masculino Femenino
Primer Nombre Segundo nombre Apellido

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de su casa:(____) Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: _____ Contacto en caso de emergencia: _____ (____)
Nombre Parentesco Telefono

Tiene usted otros ninos que asisting a la officina de YouthCare? Si asisten, por favor escriba los nombres y fechas de nacimient.:

Seguro Primario: _____ Nombre de Asegurado: _____

Direccion de Asegurado: _____ Parentsco con le Paciente: _____

Seguro Social: _____ Telefono: _____ Fecha efectivo: _____

Numero de Grupo: _____ Numero de Identificacion: _____

Seguro Secundario: _____ Nombre de Asegurado: _____

Direccion de Asegurado: _____ Parentsco con le Paciente: _____

Seguro Social: _____ Telefono: _____ Fecha efectivo: _____

Numero de Grupo: _____ Numero de Identificacion: _____

Por Favor Lea Y Ponga Sus Iniciales:

_____ Yo entiendo que si los beneficios y cubrimiento de mi seguro no estan activos yo sere responsable de todos los cargos financiero.

_____ Yo comprendo y estoy de acuerdo de tener la ultima responsabilidad financiera or servicios prestados. Yo soy financieramente responsable por todos los servicios, y todos los cargos no cubiertos como tambien todos los adelantos de pago y deducibles incluidos por parte del seguro privado. Yo tambien comprendo que es mi responsabilidad de poner al dia toda la information del seguro, suministrando puntualmente cualquier information actualizada.

_____ Yo comprendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad de informar a YouthCare que en cada visita se requiere el uso de el seguro antes de realizar exámenes de laboratorios. Por la razon del uso de diferentes companias de laboratorios.

_____ Yo comprendo y estoy de acuerdo, de que si yo falto a dos citas sin notificar en un periodo de 24 horas, mi nino va a ser considerado inactivo con YouthCare Pediatrics of Central Ga, P.C.

_____ Yo he recibido una copia de YouthCare Pediatrics of Central Ga, P.C. Noticia de Pratica Privada.

_____ Yo autorizo YouthCare Pediatrics of Central GA, P.C. y sus miembros a hacer evaluaciones medicas y suministrar tratamiento cuando sea necesario.

Nombre y parentesco (Otra persona que no sean los padres)

Esta autorizado para asistirme en todos los aspectos al cuidado del paciente en caso de mi ausencia. Esta autorizacion se vence cuando el paciente sea legalmente mayor de edad.

Firma: _____

Fecha: _____