

BEST KIDS CARE

INFORMACION DEL PACIENTE: Es la responsabilidad del padre / guardián del paciente notificar a la oficina de cualquier cambio de teléfono, dirección, o seguro medico en el momento de la visita.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M _____ F _____
TELEFONO: _____ TELEFONO ALTERNO: _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD/ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL _____
NOMBRE DE HERMANO(S): _____
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____
NIÑO(A) VIVE CON: MADRE _____ PADRE _____ GUARDIAN _____ OTRO: _____
RAZA: _____ ETNICIDAD: HISPANO _____ NO-HISPANO _____ IDIOMA _____
NOMBRE DE FARMACIA/DIRECCION/NUMERO DE TELEFONO: _____

INFORMACION DE CONTACTO DEL RESPONSABLE:

INFORMACION DE LA MADRE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
CORREO ELECTRONICO: _____ # DE LICENCIA: _____
TELEFONO DE CASA: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____
TELEFONO MOVIL: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

INFORMACION DEL PADRE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
CORREO ELECTRONICO: _____ # DE LICENCIA: _____
TELEFONO DE CASA: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____
TELEFONO MOVIL: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: El padre / guardián que no proporcione la información actual y correcta sobre su seguro antes de ser visto por el proveedor de Best Kids Care será responsable de los servicios prestados en el momento.

SEGURO PRIMARIO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROVEE EL SEGURO: _____

DE POLISA: _____ # DE GRUPO: _____

EMPLEADOR: _____ TELEFONO DEL EMPLEADOR: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROVEE EL SEGURO: _____

SECUNDARIO DE POLISA: _____ # DE GRUPO: _____

EMPLEADOR: _____ TELEFONO DEL EMPLEADOR: _____

COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? AMIGO _____ ANUNCIO _____ SU ASEGURANZA _____ OTRO: _____

Firmar abajo indica la responsabilidad financiera de todos los gastos por ese concepto para cualquier parte de su cuenta no se paga en su totalidad. Se trata de un acuerdo jurídicamente vinculante para la responsabilidad financiera por gastos de cobranza, cargos por mora, y los honorarios legales por falta de pago de la cuenta. Esto también es un acuerdo jurídicamente vinculante para Best Kids Care, PA para tratar y cuidar a su hijo, a menos que se indique lo contrario. Tenga en cuenta que todos los pagos se deben al tiempo del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos y acordados.

LA PERSONA QUE TRAE EL NINO(A) DEPENDIENTE A ESTA OFICINA ES RESPONSABLE DE LA FACTURA.

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

IMPRIMIR NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____ FECHA: _____