

---

**Informacion Paciente**

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Varon/Hembra Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Telefono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Paciente Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_ Otro, especifica por favor \_\_\_\_\_

PCP (Medico Pediatras/Familia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Medico de Referir (Si es diferente de PCP): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Contacto De la Emergencia (No viviendo con el nino) Nombre : \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Alergias de la droga: \_\_\_\_\_ Medicaciones: \_\_\_\_\_

---

**Informacion De Padres /Responsables**

---

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Patron: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion del Patron: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero De Telefono Del Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular Phone/Pager : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Patron: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion del Patron: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero De Telefono Del Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular Phone/Pager : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

**Partido responsable del pago**

---

(Compruebe): \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro ,(especifica por favor: \_\_\_\_\_ (vea abajo)

Otro Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Patron: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion del Patron: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero De Telefono Del Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular Phone/Pager : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

**Informacion Del Seguro**

---

Medicaid: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Medicaid I.D./Numero De La Politica: \_\_\_\_\_

Nombre de la compania de seguros: \_\_\_\_\_ Numero De la Politica: \_\_\_\_\_

Nombre De los Asegurados: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro, especifica por favor: \_\_\_\_\_

Firmando, acepto la responsabilidad completa de cualquier cantidad no cubierta por el seguro y prometo pagar sobre el recibo de la facturacion.

Firma Conocida De los Asegurados: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Asignacion de ventajas**

---

Autorizo a Asociados Ortopedicos Pediatricos de San Antonio a mandarme la cuenta para los servicios rendidos para me o mi dependent (s). Prometo pagar cualquier cantidad no cubierta por el abastecedor del seguro nombrado arriba incluir co-pagos y deductibles.

Firma De Padres/Responsables: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_