

Identificación pariente - Imprime por favor					
Apellido de paciente			Primero	Mediano	Office Use Only Chart No.:
Edad	Fecha del Nacimiento / /	el Sexo O M O F		Numero del seguro social	E-Mail:
Dirección				Ciudad	Estado CodigoPostal
Dirección de envío - si diferente				Teléfono # () -	Célular # () -
Nombre de Padre(s) de custodia				Teléfono # () -	Trabajo # () -
Dirección - si diferente de arriba					
Nombre de Padre(s) sin custodia				Teléfono # () -	Trabajo # () -
Dirección - si diferente de arriba					
Nombre de Guardián - si no viven con padre(s)				Teléfono # () -	Trabajo # () -
Dirección - si diferente de arriba					
Partido Responsable					
Nombre de persona(s) responsable de esta cuenta				Teléfono # () -	Trabajo # () -
Numero del seguro social	Fecha del Nacimiento / /	La relación del Paciente O Madre O Padre O Guardián Legal O Otro - Explica			
Dirección - si diferente de arriba					
El Nombre del Empleador / Dirección					
La Información del Seguro (por favor le da su tarjeta del seguro al recepcionista)					
Alcance Primario - El Nombre de la Compania de Seguros			Dirección		
Numero de politica o certificado	Numero de identificación de seguransa		Agrupe el Numero	Fecha de Afectado	
El nombre de asegurado/asedurado/suscriptor		Numero del seguro social	Fecha del Nacimiento / /	Ocupación	
Teléfono # () -	Trabajo # () -	Dirección - si diferente de arriba			
		El Empleador / Dirección			
Alcance Secundario - El nombre de la Compania de Seguros			Dirección		
Numero de politica o certificado	Numero de identificación de seguransa		Agrupe el Numero	Fecha de Afectado	
El nombre de asegurado/asedurado/suscriptor		Numero del seguro social	Fecha del Nacimiento / /	Ocupación	
Teléfono # () -	Trabajo # () -	Dirección - si diferente de arriba			
		El Empleador / Dirección			
Información de Contacto de Emergencia					
Nombre de familiar cerca o amigo(a) (no viven en misma dirección)				Teléfono # () -	Trabajo # () -
La Relación al Paciente					

La información vie encima es verdad al mejor de mi conocimiento. Autorizo los beneficios del seguro a ser pagados directamente a la Aasha Pediatrics y yo entiendo que soy responsable de cualquier cantidad self-pay/co-pay/co-insurance/deductible. Autorizo también la Aasha Pediatrics o la compania de seguros para liberar cualquier información requiere a procesar mi reclamo (reclamos). Yo autorizo una copia de esta autorización utilizada en lugar del original. Autorizo Aasha Pediatrics solicitar los beneficios en mi beneficio para cubrió los servicios rendidos por cualquier proveedor dispensario o por su orden. También he recibido el Aviso de Derechos de Privacidad y Prácticas de HIPPA.

La Firma: _____ Fecha: _____
El Paciente/ Padre/Guardián

¿Cómo oyó usted acerca de nosotros? _____