



Purna Chadalawada, MD

Sushila Mathew, MD
Kathie Brichant, MD

Manjit Singh, MD
Gerren Ector, MD

Formulario de Registro de Pacientes:

Nombre:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de Nacimiento: / /	Niño: __ Niña: __		
Número de Seguro Social:			
Número de Teléfono:			

Información Sobre los Padres:

Nombre de la Madre:	Nombre del Padre:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:	Número de Seguro Social:
Estado Civil:	Estado Civil:
Lugar de Trabajo:	Lugar de Trabajo:
Número de Teléfono:	Número de Teléfono:

Información del Seguro Médico:

Nombre de la Compañía de Seguro:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Póliza:			
Número de la Directiva de Grupo:			
Número de Teléfono de Seguro Médico:			

Responsabilidad Financiera

El abajo firmante autoriza la liberación de cualquier información médica o de seguros a la compañía de seguros que se considera necesaria para tramitar las reclamaciones de seguros por los servicios prestados por Tri-county Pediatrics. Yo autorizo a la compañía de seguros a distribuir el pago de mis dependientes bajo la cobertura médica directamente al proveedor de servicios de representación. Entiendo que soy completamente responsable de todos los cargos, independientemente de mis beneficios de seguro. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

Por favor incluya a las personas adicionales que pueden traer al niño a citas, o que están autorizados a comunicarse con respecto a las visitas, información médica, etc. Ejemplo: Padres, abuelos, niñera, etc.

Nombre y Apellido:	Relación al Paciente:	Teléfono:
Nombre y Apellido:	Relación al Paciente:	Teléfono:
Nombre y Apellido:	Relación al Paciente:	Teléfono:

- Permiso para tratar a un menor (menor de 18 años): En caso de una emergencia y no puedo ser contactado, doy permiso a Tri-County Pediatrics para tratar a mi hijo en su oficina según lo requiera el evento de una situación de emergencia.
- Permiso de Correo electrónico: Autorizo que utilicen mi correo electrónico para enviar registros médicos cifrados y recordatorios del paciente.

Firma: _____ Fecha: _____