



# KIDS CARE PEDIATRIC ASSOCIATES, PC

## Formulario de información para pacientes y familiares nuevos

Nombre completo del padre:	Nombre completo de madre:
Seguridad social #	Seguridad social #
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Domicilio	Domicilio
Ciudad, Estado, Zip	Ciudad, Estado, Zip
Teléfono residencial	Teléfono residencial
Teléfono celular	Teléfono celular
eMail:	eMail:
Empleador	Empleador

Lista de todos los nombres completos de los niños	Fechas de nacimiento	Sexo

Información de seguros	
Primaria Ins. Co.	Secundaria Ins. Co.
Padre o Madre	Padre o Madre
Grupo #	Grupo #
ID#	ID#
Teléfono	Teléfono

¿Qué farmacia usas habitualmente? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

A quién podemos contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del pariente más cercano que NO vive con usted: \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que, independientemente de mi estado de seguro, soy en última instancia responsable del saldo en mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información en ambos lados de este formulario, y he completado las respuestas anteriores. Certifico que la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Le notificaré de cualquier cambio de la información anterior.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

