

Nombre Del Paciente: _____ Nº Tel. En Casa _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____

Sexo: M o F Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Nº de Seguro Social: _____

Rason por la Visita: _____

Allergias: _____ Si _____ No **Medicamentos:** _____ Si _____ NO (En la proxima pg puede dar mas detalles.)

Medico de Cabecera: _____

Medico que hizo la Remision: _____

Parte Responsable:

Nombre Del Padre/Tutor: _____ Nº De Telefono _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____

Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Nº de Seguro Social: _____

Nombre De La Madre/Tutora: _____ Nº De Telefono _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____

Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Nº de Seguro Social: _____

En caso de emergencia llamar a: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

Informacion Del Seguro Medico

Nombre De La Compania Del Seguro: _____ Asegurado: _____

Direccion Para Reclamos: _____

Nº De Telefono _____ Nº de identificacion del asegurado: _____

Nº de grupo: _____ Autorizacion: _____

Consiento para cualquier y toda la atención médica considerada necesaria y apropiada por Capernaum Kids para mi hijo o para mi.

Entiendo y estoy de acuerdo que sin importar mi estado del seguro soy responsable en última instancia del balance en mi cuenta para cualquier servicio profesional prestado a mí niño. Acepto notificarle de cualquier cambio en mi seguro de salud y se considerará responsable por cualquier servicio no cubierto por el seguro o denegado debido a información de seguro incorrecta dada en el momento del servicio.

Yo irrevocablemente asigna y transfiere el pago de servicios incluyendo a medicaid directamente a Capernaum Kids.