

Coastal Pediatrics
Conway, SC
Información del Paciente y Formulario para Actualizar

Nombre: _____ Sexo: Niño Niña Raza: _____

Dirección: _____

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social _____

Información del Pariente o Guardián Nombre Soltera de la Madre _____

Madre

Nombre: _____
Dirección: _____

Teléfono de casa: _____
Celular: _____

Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____
Estado Civil: _____
Empleador: _____

Padre

Nombre: _____
Dirección: _____

Teléfono de casa: _____
Celular: _____

Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____
Estado Civil: _____
Empleador: _____

Información del Seguro Medico

Seguro Medico Primario

Nombre del Asegurado: _____
Relación: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social _____
Compañía del Seguro Medico _____

Seguro Medico Secundario

Nombre del Asegurado: _____
Relación: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social _____
Compañía del Seguro Medico _____

Contacto de Emergencia: (Un amigo o pariente que no vive en la misma casa)

Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Información de farmacia: Nombre: _____ Dirección: _____

Autorización y Revelación: Estamos dispuestos para solicitar la reclamación del seguro medico. Su porción del seguro medico tiene que estar pagado cada visita. Yo autorizo el doctor para que él pueda revelar cualquier información de la exanimación y tratamiento dado a mi niño a los pagadores y/o a otros médicos. Yo autorizo y pido que mi seguro medico paga directamente al doctor o grupo de doctores con beneficios de seguro medico.

Firma: _____ Fecha: _____