



SUNSET PEDIATRIC URGENT CARE

APELLIDO DEL PACIENTE _____ NOMBRE DE PILA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M / F RAZA/GRUPO ÉTNICO _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ APT # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

NOMBRE DEL PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA O CELULAR _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA O CELULAR _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Pariente/Amigo más cercano que no viva con los padres):

NOMBRE _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

RELACIÓN AL PATIENT _____

FARMACIA _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO _____ NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO _____

DUEÑO DE LA PÓLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NÚMERO DE LA PÓLIZA _____ NÚMERO DE GRUPO _____

TIENE SEGURO SECUNDARIO? SI o NO (circular uno)

AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE A SUNRISE PEDIATRICS DE TODOS LOS BENEFICIOS MEDICOS, EN SU CASO, POR LOS SERVICIOS DISPONIBLES PARA MI HIJO SU OFICINA PUEDE PRESENTAR EN MI NOMBRE. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACION. TODAS LAS VISITAS DE OFICINA Y SERVICIOS SE DEBEN PAGAR AL MOMENTO DEL SERVICIO, A MENOS QUE OTROS ARREGLOS FINANCIEROS SE HAIGAN ESTABLECIDO ANTES DE SU VISITA. ENTIENDO TODOS LOS RECLAMOS DE SEGUROS CONTRATADOS SERAN ARCHIVADOS, PERO EL GARANTE ES EL RESPONSABLE EN ÚLTIMA DE TODOS LOS HONORARIOS INCURRIDOS.

FIRMA _____ FECHA _____

PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL