

INFORMACION DEL PACIENTE Y PAGADOR

_____ <u>Nombre (paciente)</u>	_____ Seguridad Social (paciente)	_____ Nombre/s de Padre y Madre
_____ Direccion de Calle	_____ Ciudad	_____ Zip
_____ Fecha de Nacimiento (paciente)	_____ Sexo (paciente)	_____ Telefono (casa)
_____ Empleador	_____ Seguridad Social (responsabilidad)	_____ Telefono (trabajo)
_____ Nombre de Contacto (emerg)	_____ Relacion de paciente	_____ Telefono (cellular)

_____ <u>Aseguranza</u>	_____ Clase (HMO/PPO/H-Fam/Medi-Cal)	_____ Aseguranza quien?
_____ <u>Numero de ID (Aseguranza)</u>	_____ Segundo Aseguranza	_____ Empleador
_____ <u>Nombre de Doctor anterior</u>	_____ Ciudad y Telefono del Dr. anter.	_____ Otro Informacion del Dr. anter.

Porque cambio de Dr.?

La persona responsable por el paciente esta de acuerdo u auotiza lo siguiente (firma) ==>	_____
Autoriza servicios de la salud en el paciente por la clinica de la Dra. Adigopula y su personal >	_____
Estar in acuerdo con direcciones de cuidado de salud y prevencion de la Clinica ==>	_____
De autorizar al personal del la Clinica de administrar vacunas bajo AAP reglas ==>	_____
Asignar pagos de beneficios por los servicios de salud otorgados por la Clinica y su personal >	_____
De pagar a la Dra. Adigopula cualquier cargo que no pague la aseguranza ==>	_____
Las reglas y condiciones de la Clinica concerniente a pagos y visitas y rechequeos ==>	_____
Arbracion por servicios de salud o pagos disputados con la Clinica ==>	_____
Circumcision por Plastibell o Gomco procesos en nino por la Clinica y su personal ==>	_____

_____ Firma de la primera persona responsable	_____ Ciudad/Estado y Fecha
_____ Firma de la segunda persona responsable	_____ Ciudad/Estado y Fecha