

<b>Patient's First Name</b> Primer Nombre de Paciente		<b>M.I.</b>	<b>Patient's Last Name</b> Apellido	
<b>Sex</b> M F Sexo	<b>Date of Birth</b> Fecha de Nacimiento		<b>SSN</b> Numero Social	
<b>Address</b> Dirección		<b>Apt #</b>	<b>City</b> Ciudad	
<b>Home Phone</b> Telefono de Casa		<b>Cell Phone(18+)</b> Numero Celular(18+)		<b>Zip Code</b> Código Postal
<b>Ethnicity</b> <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other: Etnica <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Otro:				
<b>E-Mail Address</b>				
<b>Mother</b> madre	<b>Name</b> Nombre		<b>Age</b> La Edad	
	<b>Occupation</b> La Ocupación		<b>SSN</b> Numero Social	
	<b>Employer</b> Trabajo		<b>Education</b> La Educación	
<b>Employer's address</b> La dirección del trabajo		<b>Work Phone/Cell Phone</b> El Numero del Trabajo /Cell		
<b>Father</b> Padre	<b>Name</b> Nombre		<b>Age</b> La Edad	
	<b>Occupation</b> La Ocupación		<b>SSN</b> Numero Social	
	<b>Employer</b> Trabajo		<b>Education</b> La Educación	
<b>Employer's address</b> La dirección del trabajo		<b>Work Phone/Cell Phone</b> El Numero del Trabajo /Cell		
<b>Guardian</b> de guardián	<b>Name</b> [Stepparent/grandparent] Nombre		<b>Age</b> La Edad	
	<b>Occupation</b> La Ocupación		<b>SSN</b> Numero Social	
	<b>Employer</b> Trabajo		<b>Education</b> La Educación	
<b>Employer's address</b> La dirección del trabajo		<b>Work Phone/Cell phone</b> El Numero del Trabajo /Cell		
<b>Emergency Contact 1</b> En caso de Emergencia		<b>Phone #</b> El teléfono #		<b>Relationship to Child</b> La relación al Niño
<b>Emergency Contact 2</b> En caso de Emergencia		<b>Phone #</b> El teléfono #		<b>Relationship to Child</b> La relación al Niño
<b>Child's Primary Insurance</b> El Seguro primario del paciente				<b>ID #</b>
<b>Secondary Insurance</b> Seguro secundario				<b>ID #</b>
<b>Reason for today's visit</b> Rase para la visita de hoy				
<b>Where did you hear about us?</b> ¿Dónde usted oyó hablar de nosotros?				
<b>Referring Doctor</b> El Doctor refiriéndose				
I give my consent and authorize any medical treatment deemed necessary and/or requested for the above named patient by Smita Tandon, MD. This includes all diagnostic tests, X-rays, treatments etc. I agree to assume all financial responsibility and obligations incurred for such services and authorize the payment of medical benefits directly to Smita Tandon, MD. I will also assume any costs, if incurred, for collection. I authorize the doctor to photograph my child for the purposes of medical consultation and teaching. I agree to arbitration in a neutral setting to settle any disputes. I hereby authorize said assignee to release medical information to secure payments and care for my child.				
PARENT SIGNATURE: _____			DATE: _____	
Yo doy mi consentimiento y autorizo que cualquier tratamiento médico juzgó el requisito Y/o pidió para el paciente nombrado anterior por Smita Tandon, MD. Esto incluye todo el diagnóstico prueba, Rayos X, etc de los tratamientos. yo estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad todo financiera y obligaciones incurridas en para cosas así repara y autoriza el pago de beneficios médicos directamente a Smita Tandon, MD. Yo también asumiré cualquier costo, si incurrió en, para la colección. Yo autorizo que el doctor fotografíe a mi niño para los propósitos de consulta médica y de enseñar. Yo acepto el arbitraje en una escena neutra establecer cualquier disputa. Yo autorizo dicho el cesionario para soltar la información médica para afianzar los pagos y querer a mi niño por la presente.				
FIRMA DEL PADRE: _____			DATE: _____	