

Patient's First Name Primer Nombre de Paciente		M.I.	Patient's Last Name Apellido	
Sex M F Sexo	Date of Birth Fecha de Nacimiento		SSN Numero Social	
Address Dirección		Apt #	City Ciudad	
			Zip Code Código Postal	
Home Phone Telefono de Casa		Cell Phone(18+) Numero Celular(18+)		Ethnicity <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:
E-Mail Address				
Mother madre	Name Nombre		Age La Edad	
	Occupation La Ocupación		SSN Numero Social	
	Employer Trabajo		Education La Educación	
		Employer's address La dirección del trabajo		
Father Padre	Name Nombre		Age La Edad	
	Occupation La Ocupación		SSN Numero Social	
	Employer Trabajo		Education La Educación	
		Employer's address La dirección del trabajo		
Guardian de guardián	Name [Stepparent/grandparent] Nombre		Age La Edad	
	Occupation La Ocupación		SSN Numero Social	
	Employer Trabajo		Education La Educación	
		Employer's address La dirección del trabajo		
Emergency Contact 1 En caso de Emergencia		Phone # El teléfono #		Relationship to Child La relación al Niño
Emergency Contact 2 En caso de Emergencia		Phone # El teléfono #		Relationship to Child La relación al Niño
Child's Primary Insurance El Seguro primario del paciente				ID #
Secondary Insurance Seguro secundario				ID #
Reason for today's visit Rase para la visita de hoy				
Where did you hear about us? ¿Dónde usted oyó hablar de nosotros?				
Referring Doctor 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: _____	