

Garland Pediatric Practice- REGISTRO de Paciente
6448 Broadway Blvd-Garland, Texas 75043

Hombre _____ Mujer _____

Apellido _____ Nombre _____

Fecha De Nacimiento

_____-_____-_____

Seguro social _____ Mes _____ Dia _____ Año _____

Quien lo recomendó? _____

Correo Electronico _____

Domicilio _____ Calle _____ Apt _____

(_____) _____ - _____
Telefono

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

(_____) _____ - _____
Telefono Celular

Nombre de Madre: _____

_____ apellido _____ nombre

Fecha de nacimiento: _____

Mes _____ Dia _____ Ano _____

Nombre de Padre: _____ apellido _____ nombre

Fecha de nacimiento _____

Mes _____ Dia _____ Ano _____

En Caso de Emergencia:

Apellido _____ Nombre _____ Relacion al paciente _____

(_____) _____ - _____
Telefono

Farmacia y Ciudad donde esta localizada _____ / _____

☐ **TENGO SEGURO MEDICO • FAVOR PRESTARNOS SUS TARJETAS DE IDENTIFICACION Y SEGURO**

Yo autorizo a Garland Pediatric Practice a prestar atención medica a mi hijo(a). Yo autorizo el pago directo de beneficios medicos a Garland Pediatric Practice por servicios medicos otorgados. Comprendo que soy responsable por cualquier balance de cuenta que mi seguro no cubra. Autorizo a Garland Pediatric Practice a ceder cualquier informacion medica o pertinente necesaria para el cuidado medico o para procesar aplicaciones de beneficios financieros. Certifico que la informacion en esta planilla esta correcta. Autorizo la cession de informacion que sea requerida por la compania de seguros. Pido que pagos de beneficios sean hechos en mi nombre (Padres de Paciente).

☐ **NO TENGO SEGURO MEDICO • FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE IDENTIFICACION**

Notificacion de Procedimientos de Privacidad: Yo he recibido la Notificacion de procedimientos de Privacidad de Garland Pediatric Practice.

Le doy permiso a los médicos de Garland Pediatric Practice para tener acceso a historial de recetas de las farmacias. Confirmo que la información contenida en esta planilla de registro es correcta.

Firma _____ Fecha _____