

Seven Hills Pediatrics- REGISTRO de Paciente
6853 Coit Rd Plano ,TX 75024

Hombre _____ Mujer _____

Apellido _____ Nombre _____
Fecha De Nacimiento _____
Seguro social _____ Mes / Dia / Año

Quien lo recomendó? _____

Correo Electronico _____

Domicilio _____ Apt _____ Telefono (____) _____ - _____
Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Telefono Celular (____) _____ - _____

Nombre de Madre: _____ Fecha de nacimiento: _____
apellido _____ nombre _____ Mes / Dia / Año

Nombre de Padre: apellido _____ nombre _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Dia Año

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 Seven Hills Pediatrics a prestar atención medica a mi hijo(a). Yo autorizo el pago directo de beneficios medicos a Seven Hills Pediatrics por servicios medicos otorgados. Comprendo que soy responsable por cualquier balance de cuenta que mi seguro no cubra. Autorizo a Seven Hills Pediatrics 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 Seven Hills Pediatrics.

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

Firma _____ Fecha _____