

**INFORMACION DEL PACIENTE**

REFERIDO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE CELULAR \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: S C V SEP DIV  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA CO. DONDE TRABAJA \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA MADRE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: S C V SEP DIV  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA CO. DONDE TRABAJA \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMERGENCIA**

NOMBRE \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TEL.CASA \_\_\_\_\_  
 RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TEL.CASA \_\_\_\_\_  
 RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA COMPAÑIA DE ASEGURANZA**

NOMBRE DE LA CO. DE ASEGURANZA PRIMARIA	ID#	PLAN	GRUPO
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	RELACION	CO. DONDE TRABAJA EL ASEGURADO	
NOMBRE DE LA CO. DE ASEGURANZA SECUNDARIA	ID#	PLAN	GRUPO
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	RELACION	CO. DONDE TRABAJA EL ASEGURADO	

**AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO**

Yo/nosotros en este formulario autorizo al Pediatric Endocrinology Associates a realizar todos los tratamientos de cirujía menor y servicios médicos que el considere necesario.

Asignación de Beneficios: Yo por éste medio asigno a Pediatric Endocrinology Associates toda la cantidad de dinero que se me asigne de la compañía de seguros por gastos médicos o de cirujía relacionados con sus servicios, incluyendo MediCal, seguros privados o cualquier otro tipo de plan de salud. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Yo autorizo a Pediatric Endocrinology Associates a proveer a la(s) compañía(s) de seguro Médico la información necesaria para asegurar el pago. Yo certifico que bajo mi mejor conocimiento todas las declaraciones son verdaderas y entiendo que soy financieramente responsable a Pediatric Endocrinology Associates por todos los gastos incurridos sin importar el monto cubierto por la compañía de seguros. Además acepto que seré responsable de los gastos incurridos por la agencia colectora o tarifas legales de la corte en caso de que mi cuenta no llegue a ser saldada. Yo entiendo que este acuerdo, consentimiento y asignación de beneficios continuará hasta que sea cancelado por mi por escrito.

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_