



# Pediatric Clinic, P.A.

Gerald A. Stagg, MD, FAAP  
 J. Colton Bradshaw, MD, FAAP  
 Michael D. Henry, MD, FAAP

Joel D. Chapman, MD, FAAP  
 Marc E. Kimball, MD, FAAP  
 Dana L. Rice, MD, FAAP

<b>PACIENTE</b>	Primero	Entremedio	Ultimo	Apodo (si es asi)	Edad Ahora	Fecha de Nacimiento
	Dirección			Numero de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Numero De Telefonó
	ciudad / estado / código postal			<b>Raza:</b> Blanco Afroamericano Indio Americano Asiático Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico		<b>Etnicidad:</b> Hispano/Latino No-Hispano/Non-Latino Otro (o) No Determinado
				Idioma Preferido: Ingles Español Otro		
<b>PADRES/GUARDIAN</b>	Nombre de Madre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajo Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajo Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Nombre de Padre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajo Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajo Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Responsible del Pago (si el padre es menor de 18 años)		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajo Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajo Celular	
Empleador			Direccion de correo Electrónico			
<b>ASEGURANZA</b>	Asegurancia Princiapl del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado	
	Seguro Social del Asegurado	Numero de ID del Asegurado	Numero de Póliza	Relación a Paciente		
	Asegurancia Secundaria del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado	
	Seguro Social del Asegurado	Numero de ID del Asegurado	Numero de Póliza	Relación a Paciente		

De acuerdo con la ley de Texas, la Clínica Pediátrica no brindará atención médica a menores a menos que un padre los acompañe, uno de los padres brinde su consentimiento por escrito o se proporcione un formulario para que la clínica se comunique con los padres. En Texas, el paciente se considera un "menor" si él/ella es menor de 18 años, nunca ha estado casado o no ha sido declarado menor de edad legalmente emancipado.

**Yo autorizo a las siguientes personas a pedir tratamiento médico para mi niño(a) en mi ausencia.**

<b>NO PARENTAL CONTACTOS</b>	Nombre	Relación	Telefono	Nombre	Relación	Telefono
	Nombre	Relación	Telefono	Nombre	Relación	Telefono

Firma de Persona Responsable

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

2001 N. Jefferson Medical Office Building, Suite 300

Firma de Actualización

Fecha

Mt. Pleasant, Texas 75455 903-572-9823 FAX 903-572-4812



**Pediatric Clinic, P.A.**

---

## **Responsabilidad financiera del recién nacido(a)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Es mi responsabilidad proporcionar a la Pediatric Clinic la información correcta y corriente de el seguro medico. Si no se presenta la información con plazo. El balance sera mi responsabilidad.

Nombre de persona Responsable: \_\_\_\_\_

Firma de persona Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**La Pediatric Clinic permite 30 dias para aplicar o agregar al seguro medico. Después de este tiempo, recibirá estados de cuenta por correo con respecto a su saldo. Puede contactarnos para establecer arreglos de pago.**