



pediatric
clinic mount
pleasant

NUEVO
PACIENTE

PACIENTE	Primero	Entremedio	Ultimo	Apodo (si es asi)	Edad Ahora	Fecha de Nacimiento
	Dirección			Numero de Seguro Social	Masculino Feminino	Numero De Telefonó
	Raza: Blanco Afroamericano Indio Americano Asiático Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico				Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Non-Latino Otro (o) No Determinado	
	Idioma Preferido: Ingles Español Otro					
PADRES/GUARDIAN	Nombre de Madre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó	Casa Trabajó Celular
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo	Casa Trabajó Celular
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Nombre de Padre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó	Casa Trabajó Celular
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo	Casa Trabajó Celular
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Responsable del Pago (si el padre es menor de 18 años)		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó	Casa Trabajó Celular
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo	Casa Trabajó Celular
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
ASEGURANZA	Aseguranza Principi 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
	Aseguranza 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, un de los padres brinde su consentimiento por escrito o se proporcione una formulario para que la clínica se comunique con los padres. En Texas, el paciente se considera un "menor" si el/ella es menor 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.

NO PARENTAL CONTACTOS	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

Firma de Actualización

Fecha

2001 N. Jefferson Medical Office Building, Suite 300

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



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 será mi responsabilidad.

Nombre de persona Responsable: _____

Firma de persona Responsable: _____

Fecha: _____

La Pediatric Clinic permite 30 días 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.