

Designated Choice for
PCP _____

SANFORD PEDIATRICS REGISTRATION FORM

1801 Doctors Drive, Sanford, NC 27330

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ SS# _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ E-mail _____

Numeros de Telefonos: Casa _____ Celular _____ Numero preferido para llamarle: Casa cell email

Persona Responsable _____ Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Nombre de la Madre _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Trabajo _____ Numero de Tel Trabajo _____

Nombre del Padre _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Trabajo _____ Numero de tel. trabajo _____

Hermanos y Hermanas

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Contacto de Emergencia (Otro aparte de los padres) _____ Relacion con el paciente _____

Direccion _____ # De telefono _____

Informacion Opcional, favor de checar aqui si prefer no contestar

Language Preferido _____ Raza _____ Etnia Hispano/Latino (or) no-Hispano/Latino

Subscriber #1 _____ Empleador _____

Nombre de Aseguranza _____ Direccion _____

Numro de poliza _____ # de Grupo _____

Asegunza #2 _____ Empleador _____

Nombre de Aseguranza _____ Direccion _____

de Poliza _____ Numero de Grupo _____

Allergias a alguna Medicina: _____

Metodo de pago: _____ Efectivo _____ Cheque _____ Tarjeta _____ Medicaid

Farmacia: _____

AUTORIZACION PARA CEDER INFORMACION Y PAGAR BENEFICIOS A SANFORD PEDIATRICS. " Doy mi permiso a Sanford Pediatrics, P.A. para dar informacion adquirida durante mi tratamiento y examen. Doy permiso para que dirijan el pago directamente al Doctor designado por cualquier procedimiento hecho. Y entiendo que soy responsable y pagare por cualquier servicio que mi aseguranza no cubra.

Firma _____
(Padre o guardian, si el paciente es menor de edad)

PERMISO DE PADRES/RESPONSIBLE PARA TRATAR AL PACIENTE "Doy mi permiso a los medicos de Sanford Pediatrics, P.A., o personas designadas por ellos, a entrevistar, examinar, y realizar procedimientos de laboratorio/radiologicos necesarios y proveer tratamientos apropiados para el menor mencionado arriba. Permiso para evaluar y tartar es concedido ya sea que el niño sea presentado por el padre, otro miembro de la familia, otra persona sin relacion alguna o sin compania.

Firma _____
Padre o guardian, Si el paciente es un menor)