

Scarano & Taylor Peditria
DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

POR FAVOR COMPLETE TUDA LA INFORMACION

Nombre legal complete del paciente _____ Sexo _____
Fecha de Nacimiento (FDN) _____ Numero de Seguro social _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
Telefono del paciente _____

Nombre Padre _____	Nombre Madre _____
FDN _____	FDN _____
S.S.# _____	S.S.# _____
Direccion _____	Direccion _____
Ciudad _____	Ciudad _____
Estado _____ Codigo postal _____	Estado _____ Codigo postal _____
Telefono de casa _____	Telefono de casa _____
Telefono celular _____	Telefono celular _____
Empleo _____	Empleo _____
Telefono de trabajo _____	Telefono de trabajo _____
Telefono de contacto-Hogar/Movil/Trabajo <i>(un circulo)</i>	Telefono de contacto-Hogar/Movil/Trabajo <i>(un circulo)</i>

Contacto de emergencia (que no sean los padres) _____
El telefono de ellos _____
Guarderia _____ Telefono _____

La compania de seguros _____ Fecha de inicio _____
Poliza # _____ Grupo # _____
Direccion de reclamo del seguro _____
Titular de la poliza _____ Relacion _____
FDN del titular _____ SS# del titular _____

Nombres/FDN de otros ninos que se han visto aqui:
_____ (FDN) _____ (FDN)
_____ (FDN) _____ (FDN)

Declaracion de cession de seguro

Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica u otra informacion necesaria para procesar mis reclamos. Tambien solicito el pago de los beneficios del gobierno para mi o para la parte que acepta la asignacion. Autorizo el pago de beneficios medicos a Scarano & Taylor Pediatrics, P.A. por cualquier servicio prestado.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Parkwood Professional Center
4861 27th Street West
Bradenton, FL 34207
Telephone 941-755-0800 Fax 941-755-1905
www.scaranotaylorpediatrics.com