



INFORMACION DE REGISTRO Primer Visita: _____ Cambio: _____ Fecha: _____

Nombre de Pasiente: _____ # De Telefono _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo _____ SS#: _____

Domicilio: _____

Nombre de Padres? _____

Persona responsable de cargos? _____

PERSONA RESPONSABLE DE ASEGURONSA

Nombre: _____ # De Telefono: _____

Relacion al Paciente _____ Persona encargado del menor Se _____ No _____

Domicilio _____ Ciudad: _____ Estado: _____ **Codigo: Postal** _____

Telefono _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

De licencia _____ Empleado _____

Ocupacion _____ # De trabajo _____

INFORMACION DE ASEGURONSA PRIMARIA

Nombre de aseguransa _____ ID#: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ **Codigo: Postal** _____

INFORMACION DE ASEGURANSA SECUNDARIA

Nombre aseguransa: _____ ID#: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ **Codigo: Postal** _____

INFORMACION DE PADRES

SS # de padres _____ # de licencia _____

Fecha de nacimiento _____ Ocupacion: _____

Empleado _____ # de trabajo _____

CONTACTO EMERGENCIO

TELEFONO DE EMERGENCIA

Yo Authoriso tratamiento para mi nino(a) si es traido por otra persona en caso que yo no pueda traer mi nino(a) personalmente.

Yo Authoriso administrasion de tratamiento si es recomendado Y mecesario.

Yo Authoriso Dr. Pillai gve de informacion en easo que se necesite pasa exame o tratemenro.

Yo entiendo que soy responsable por condos que no page mi asegu

Yo Authorise quemí asegur page page directzmente doctor.

otherwise payable to me for his service.

Firma: _____ Fecha _____

Relacion del Paciente. _____

Conco supo de esta Oficina? _____

Se necesita interprete? _____