

Nombre del Hermano: _____ Apodo: _____
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: () Femenino () Masculino

Si adolescente, el número de celular: _____

Raza: (Por favor escoja uno): () Indio Americano/ Nativo de Alaska, () Asiático, Africano Americano, () Mas de una raza, () Nativo de Hawái o otras islas del Pacifico, () Otra, () Blanca, () Se negó a responder

Origen étnico: (Por favor escoja uno): () Hispano o Latino, () No Hispano o Latino, () Se negó a responder

Doctor: () Markson () Lashlee () Zavadil () Papadopoulos () Ambardekar () Chen-Becker () Sweeney

Nombre del Hermano _____ Apodo: _____
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: () Femenino () Masculino

Si adolescente, el número de celular: _____

Raza: (Por favor escoja uno): () Indio Americano/ Nativo de Alaska, () Asiático, Africano Americano, () Mas de una raza, () Nativo de Hawái o otras islas del Pacifico, () Otra, () Blanca, () Se negó a responder

Origen étnico: (Por favor escoja uno): () Hispano o Latino, () No Hispano o Latino, () Se negó a responder

Doctor: () Markson () Lashlee () Zavadil () Papadopoulos () Ambardekar () Chen-Becker () Sweeney

Nombre del Hermano: _____ Apodo: _____
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: () Femenino () Masculino

Si adolescente, el número de celular: _____

Raza: (Por favor escoja uno): () Indio Americano/ Nativo de Alaska, () Asiático, Africano Americano, () Mas de una raza, () Nativo de Hawái o otras islas del Pacifico, () Otra, () Blanca, () Se negó a responder

Origen étnico: (Por favor escoja uno): () Hispano o Latino, () No Hispano o Latino, () Se negó a responder

Doctor: () Markson () Lashlee () Zavadil () Papadopoulos () Ambardekar () Chen-Becker () Sweeney

He recibido una copia del acuerdo de HIPPA y entiendo que se obtendrá información personal para ayudar en la correcta facturación y cobranza. Yo entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre la compañía de seguros y yo y que el centro medico de niños no es parte de ese contrato. Soy consiente de que algunos o todos los servicios que pueden ser que yo pueda también ser factura de servicios no cubiertos. Autorizo el pago de las prestaciones medicas a los medico o proveedores de estos servicios y todos los reclamos futuros. También autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar este y todos los reclamos futuros.

Firma: _____ Fecha: _____