

**MIAMI ASSOCIATES IN PEDIATRIC SURGERY, P.A.**  
**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_

Empleo del Padre: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion del Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_

Empleo de la Madre: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion del Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Numero de la licencia de conducir de la persona responsable y el estado: \_\_\_\_\_

**En caso de Emergencia: Nombre del mas cercano amigo o familiar que no viva con usted:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Telefono #** \_\_\_\_\_

***INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE***

**SEGURO PRIMARIO:** \_\_\_\_\_ HMO [ ] PPO [ ] GRUPO [ ] PRIV [ ]

Direccion de la Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ I.D.# \_\_\_\_\_ Grupo # o Nombre \_\_\_\_\_

**SEGURO SEGUNDARIO:** \_\_\_\_\_ HMO [ ] PPO [ ] GRUPO [ ] PRIV [ ]

Direccion de la Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ I.D.# \_\_\_\_\_ Grupo # o Nombre \_\_\_\_\_

***INFORMACION DEL DOCTOR QUE REFIERE***

DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DOCTOR QUE REFIERE: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL DR. QUE REFIERE: \_\_\_\_\_

**Autorizacion para suministrar informacion:** Yo por este medio autorizo a **Miami Associates in Pediatric Surgery, P.A.** a suministrar cualquier informacion adquirida en el curso del examen o tratamiento del paciente arriba mencionado.

**Autorizacion del Seguro y Asignacion:** Yo por este medio asigno todos los beneficios medicos y/o cirujanos, incluyendo todos los beneficios medicos mayores a los cuales tengo derecho a **Miami Associates in Pediatric Surgery, P.A.**. Esta asignacion permanecera en efecto hasta ser revocada por mi por escrito. Una copia fotostatica de esta asignacion sera considerada tan valida como un original y entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, pagados o no por el mencionado seguro. Yo por este medio autorizo a dicho asignado a suministrar toda la informacion necesaria para asegurar el pago.

Yo he recibido de la oficina de **Miami Associates in Pediatric Surgery, P.A.** el "Aviso De Practicas de Privacidad".

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ el  
paciente \_\_\_\_\_