



### Informacion De Su Nino/Nina...

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ # de Telefon \_\_\_\_\_

Pediatra \_\_\_\_\_ # de Telefon \_\_\_\_\_

Doctor de Referencia \_\_\_\_\_ # de Telefon \_\_\_\_\_

Nombre de Pharmacia/Lugar \_\_\_\_\_ # de Telefon \_\_\_\_\_

### Informacion de la Mama...

Nombre \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# de Telefono \_\_\_\_\_ # de Cellular \_\_\_\_\_

# de Empleo \_\_\_\_\_ extension \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Information del Papa...

Nombre \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# de Telefono \_\_\_\_\_ # de Cellular \_\_\_\_\_

# de Empleo \_\_\_\_\_ extension \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Por Favor de dar nos CADA UNO de sus tarjetas de segura, para obtener information adicional para reclamacion.**

Seguro Primaria \_\_\_\_\_ Esta cobrido su nino por otro seguro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Compania de Seguro \_\_\_\_\_ Segundo Compania de Seguro \_\_\_\_\_

Nombre de Responsable \_\_\_\_\_ Nombre de Responsable \_\_\_\_\_

# de Seguro Social de Responsable \_\_\_\_\_ # de Seguro Social de Responsable \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Responsable \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Responsable \_\_\_\_\_

Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Empleo de Responsable \_\_\_\_\_  
El Seguro es por el Empleo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Empleo de Responsable \_\_\_\_\_  
El Seguro es por el Empleo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**En Caso de Emergencia**, por favor de dar nos un nombre y numero de telefon de alguin **(que no esta nombrado arriba)** que podemos llamar en caso de emergencia.

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

**Autorizacion de tratamiento:** Yo soy el padre/guardian del nino/nina nombrado y doy autorizacion de tratamiento a los doctores de Pediatric Cardiology of Austin.

**Trapaso de los beneficios de seguro y autorizacion para la divulgacion de informacion:** Yo, el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura con el seguro listado arriba, y trapaso directamente a Pediatric Cardiology of Austin todo los beneficios del seguro. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de este firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente