



TRINITY PEDIATRICS, P.A.

6105 WINDCOM COURT, # 100 PLANO, TX 75093 - PHONE: 972-473-9063 - FAX: 972-473-9059

Fecha _____ Referido por _____

Apellido del Paciente _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Género (Masculino) _____ (Femenino) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Nombre de la Madre _____ Apellido _____

Fecha Nacimiento _____ Número Licencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Tel. del Trabajo _____ Tel. Celular _____

Nombre del Padre _____ Apellido _____

Fecha Nacimiento _____ Número Licencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Tel. del Trabajo _____ Tel. Celular _____

¿Con quién vive el paciente? _____

Todos sus niños menores de 18 años:

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (familiar que no viva con ustedes)

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono(s) _____

Explicación de Reglas de Pago:

Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas de débito y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express). Los pagos son requeridos al momento de la visita.

Todos los pagos por concepto de deducibles y co-pagos son pagaderos al momento de la cita. Si la información provista por usted es obsoleta o incorrecta, el pago será responsabilidad del guardián/padre.

Todos los beneficios de su seguro de salud por reclamos sometidos por TRINITY PEDIATRICS, P.A antes de estar completamente saldados son asignados a nuestra oficina. Si su seguro es cancelado, los servicios provistos no están cubiertos, o cubiertos parcialmente, el suscrito es responsable por el pago total de los servicios rendidos por nuestra oficina.

Yo, el suscrito, acepto que todos los cargos médicos incurridos por mi niño por servicios en TRINITY PEDIATRICS, P.A. y todos los cargos necesarios para el cobro de mi cuenta son mi responsabilidad. También, si es necesario enviar mi cuenta a una agencia de cobros, yo seré responsable por cualquier recargo impuesto por dicha agencia.

Firma _____ Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Autorización para Tratamiento

Yo autorizo a los médicos de TRINITY PEDIATRICS, P.A. o a cualquiera que ellos designen a tratar a (Nombre del Paciente) _____ en mi ausencia como ellos consideren necesario.

Firma _____

Fecha _____