

# Western Wake Pediatrics, PA

## INFORMACION DEL PACIENTE / PATIENT INFORMATION

Numero de Expediente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (\*FDN): \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                  Primer nombre                  Inicial del 2do. Nombre

### **INFORMACION DE HERMANOS (AS) :**

_____	_____	_____	_____	_____
Apellido paterno	Primer nombre	Inicial del 2do.nombre	* FDN	Número de Expediente
_____	_____	_____	_____	_____
Apellido paterno	Primer nombre	Inicial del 2do.nombre	* FDN	Número de Expediente
_____	_____	_____	_____	_____
Apellido paterno	Primer nombre	Inicial del 2do.nombre	* FDN	Número de Expediente
_____	_____	_____	_____	_____
Apellido paterno	Primer nombre	Inicial del 2do.nombre	* FDN	Número de Expediente

Dirección de hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono de Hogar: \_\_\_\_\_

---

**PADRE:** \_\_\_\_\_ \* FDN : \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno    Primer nombre    Inicial del 2do.nombre

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de Celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

---

**MADRE:** \_\_\_\_\_ \* FDN : \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno    Primer nombre    Inicial del 2do.nombre.    Seguro Social # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de Celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO – POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA VIGENTE

Principal Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno    Primer Nombre    Inicial del 2do nombre.

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Segunda Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno    Primer Nombre    Inicial del 2do nombre.

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA (Otro diferente a los Padres)**

\_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Primer Nombre Inicial del 2do. Nombre. Número de Teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

---

En ausencia de los padres/tutor legal, yo autorizo a las siguientes personas a obtener tratamiento para mi hijo/hijos. Reconozco también que la persona que acompaña a mi hijo podría tener acceso a información pertinente protegida de salud si es médicamente necesario. Esta autorización será válida por un año, a partir de la fecha al margen, o hasta que sea revocada por los padres o tutor legal.

Nombre de la persona	Número de Teléfono	Relación
_____	_____	_____
Nombre de la persona	Número de Teléfono	Relación
_____	_____	_____

Firma de los padres/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

Yo el paciente/padre/tutor, doy mi autorización a Western Wake Pediatrics de proveer información mi guardería o escuela cuando sea solicitada. Ej.: Historia de vacunación, dispensa de medicamentos y/o nota de ausencia debido a la cita.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

El pago debe ser realizado en el momento de los servicios prestados. En caso de que la factura permanezca sin ser pagada y se siga una litigación para la recaudación de la suma debida, esta oficina dará derechos a razonables costos de abogado y de la corte. Por favor, siéntase libre de hablar de cualquiera o de todos los costos profesionales con esta oficina. Por favor firme si usted esta de acuerdo con la política de nuestra oficina y desea ser atendido.

En el caso de que Western Wake Pediatrics llene una reclamo a mi nombre, yo autorizo que la cuenta sea pagada directamente a beneficio de Western Wake Pediatrics. Cualquier cargo no cubierto por mi seguro, será responsabilidad del fiador de mi cuenta. Yo autorizo a Western Wake Pediatrics a compartir toda la información requerida por mi compañía aseguradora para documentar los beneficios médicos a favor del paciente.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_