

Please list siblings. Por favor escriba los hermanos



Harry Agüero M.D.
Pediatrics

PATIENT DEMOGRAPHICS

PATIENT INFORMATION *Información del Paciente*

Name (Last, First, MI) Nombre del Paciente		Social Security # Seguro Social	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Age Edad
		Languages Spoken Idiomas		
Home Address Dirección del Hogar		City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
Home Phone Teléfono del Hogar	Work Phone Teléfono del Trabajo	Mobile Phone Teléfono Portátil	E-mail Address Dirección de E-mail	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION *Información de padres/guardian*

Parent/ Guardian Name Nombre de padres/guardian		Relationship to Patient Relación	Home Phone Teléfono del Hogar	
Parent/ Guarantor Address Dirección	City Ciudad State, Estado	DOB fecha de nacimiento	Other Phone Teléfono	

PHARMACY INFORMATION *Información de farmacia*

Pharmacy name Nombre de la farmacia	Telephone/ Teléfono	Address/ Dirección
--	----------------------------	---------------------------

WHO MAY WE THANK FOR REFERRING YOU TO US? *Quien la referio a nuestra oficina?*

Name Nombre	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Insurance Seguro	Phone Teléfono
--------------------	---	-----------------------

INSURANCE INFORMATION *Información de Seguro*

Primary Insurance Company Nombre del Seguro	Group # # de Grupo		Policy # # de Poliza
Subscriber's Name Asegurado	Relationship Relación	Social Security # Seg. Social	Date of Birth Fecha de Nacimiento
Secondary Insurance Company Nombre del Seguro	Group # # de Grupo		Policy # # de Poliza
Subscriber's Name Asegurado	Relationship Relación	Social Security # Seg. Socia	Date of Birth Fecha de Nacimiento

FEES AND INSURANCE INFORMATION

All fees are payable at the time services are rendered. We accept Visa, MasterCard, American Express, and Discover Card. Your medical insurance is a contract between you and your insurance carrier and the terms of the contract vary according to the terms of your policy. Final payment for all charges is the patient's responsibility and should it be necessary for this account to be turned over to either an attorney or collection agency for collection, I understand that I will be liable for any charges incurred, including attorney's fees and court costs.

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos Visa, MasterCard, American Express y Discover. Su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los términos de su póliza. El pago final de todos los cargos es su responsabilidad. Si es necesario tomar acción legal para cobrar esta deuda, usted es responsable de los gastos legales.

PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby assign payment directly to Miami Pediatric Care, LLC. of all payments applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party payor, for services rendered by Miami Pediatric Care, LLC. I understand that I am financially responsible Miami Pediatric Care, LLC. for any and all charges that the carrier declines to pay (including but not limited to: Not a covered benefit, Disallowed by plan). I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente a Miami Pediatric Care, LLC. todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendría derecho de recibir. Con mi firma autorizo transferir documentos relacionados a mi tratamiento médico a mi compañía de seguro para procesar mi reclamación. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos bajo mi seguro médico.

NOTICE OF PRIVACY ACKNOWLEDGEMENT: I have read and understand the privacy act.

Signature of Patient Firma del Paciente:

Date Fecha: