



HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Celular del Paciente # _____ Religión _____ Raza _____ Étnico _____

*SOLO PARA PACIENTES MAYORES
DE 16 AÑOS

Nombre del Farmacia _____ **Teléfono** _____

Nombre del Madre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Título _____ Teléfono de Trabajo _____

Celular _____ **Correo Electrónico** _____ **Teléfono de Casa** _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Título _____ Teléfono de Trabajo _____

Celular _____ **Correo Electrónico** _____ **Teléfono de Casa** _____

Nombre del Seguro Primario _____ Nombre de Titular _____

Numero de Miembro _____ Numero de Grupo _____

Dirección del Reclamante _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre del Seguro Secundario _____ Nombre de Titular _____

Numero de Miembro _____ Numero de Grupo _____

Dirección del Reclamante _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Por favor Lea y Firme Abajo

Seré financieramente responsable por los servicios médicos no cubiertos por seguros de salud. Autorizo el pago de las prestaciones médicas a Westchester Pediatrics LLC. Autorizo la publicación de cualquier información necesaria para presentar documentación para la cantidad facturada.

FIRMA _____ **FECHA** _____