

Boca Pediatric Group

Por favor, entregue o cartão do seguro à recepcionista! **

Por favor, ESCREVA DE FORMA CLARA E LEGÍVEL **

Nome do Pai (Nome e Sobrenome): _____
Endereço _____ Cidade,
Estado, Código Postal _____
Telefone _____ Telefone do trabalho _____ Celular _____
Data de nascimento _____ Número do Seguro Social # _____
Empregador: Ocupação: _____
E-mail _____

Nome da Mãe (Nome e Sobrenome) _____
Endereço (Caso diferir do endereço do pai) _____
Cidade, Estado, Código Postal _____
Telefone _____ Telefone do trabalho _____ Celular _____
Data de nascimento _____ Número do Seguro Social # _____
Empregador: Ocupação: _____
E-mail _____

INFORMAÇÕES DAS CRIANÇAS

(Nome e Sobrenome):	Data de nascimento	Indicar (Masculino o Femenino)
Nome da Criança _____	Data de nascimento _____	M / F
Nome da Criança _____	Data de nascimento _____	M / F
Nome da Criança _____	Data de nascimento _____	M / F
Nome da Criança _____	Data de nascimento _____	M / F

INFORMAÇÕES DO SEGURO: POR FAVOR, ENTREGUE SEU CARTÃO NA RECEPÇÃO

Nome da empresa de seguros _____
Número de identificação ou apólice # _____
Nome do titular da apólice _____ Data de nascimento _____
Vínculo ou Parentesco _____

Referencia feita por: _____
Qual idioma falam em casa? _____ precisam de serviços de tradução? _____

Por esse meio, autorizo o pagamento de benefícios médicos a Boca Pediatric Group por todos os serviços prestados e compreendo que sou responsável por qualquer copagamento e/ou taxas não cobertas pelo seguro. Também autorizo a divulgação de informações médicas necessárias para o processamento de reivindicações de seguro.

*PAI/ MÃE/ RESPONSÁVEL LEGAL _____

DATA _____