Boca Pediatric Group
Por favor, entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista! **
Favor de ESCRIBIR DE FORMA CLARA Y LEGIBLE **

Nombre del Padre (Nombre y Apellido):_____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono de casa_____Trabajo#_____Celular#_____
Fecha de nacimiento_____Número de Seguro Social # _____
Empleador: _____Ocupación: _____
Email_____

Nombre de la Madre(Nombre y Apellido)_____
Dirección (**En caso de ser diferente a la del padre**)_____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono de casa_____Trabajo#_____Celular#_____
Fecha de nacimiento_____Número de Seguro Social # _____
Empleador: _____Ocupación: _____
Email_____

INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

(Nombre y Apellido): Fecha de nacimiento Indicar (Masculino o Femenino)
Nombre del Niño/a _____ Fecha de nacimiento_____M / F
Nombre del Niño/a _____ Fecha de nacimiento_____M / F
Nombre del Niño/a _____ Fecha de nacimiento_____M / F
Nombre del Niño/a _____ Fecha de nacimiento_____M / F

INFORMACIÓN DEL SEGURO: POR FAVOR, ENTREGUE SU TARJETA EN LA RECEPCIÓN
Nombre de la compañía de seguros_____
Número de identificación o póliza #_____
Nombre del titular de la póliza_____ Fecha de nacimiento_____
Vínculo o Parentesco _____

Indicado por…_____
Cuál idioma hablan en casa?_____ necesitan servicios de traducción??_____

Por la presente, autorizo el pago de los beneficios médicos a Boca Pediatric Group por todos los servicios prestados y entiendo que soy responsable de cualquier copago y/o cargos no cubiertos por el seguro. También autorizo la divulgación de información médica necesaria para el procesamiento de reclamaciones de seguro.

*PADRE/ MADRE /TUTOR FIRMA _____

FECHA _____