

MEJIA PEDIATRICS LLC

433 North Broad Street
Elizabeth, NJ 07208
Office: 908-436-1 002
Fax: 908-432-11 09



INFORMACION DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: - _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Social security: _____

Direccion : _____ # de Apt o Piso: _____

Ciudad : _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefonos (casa): _____ Celular : _____

Sexo: (circule uno) F o M

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL SEGURO MEDICO

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: - _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Social security: _____

Direccion : _____ # de Apt o Piso: _____

Ciudad : _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefonos (casa): _____ Celular : _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Seguro: _____ Numero ID: _____

Nuúmero del grupo: _____ Fecha de efectividad _____

INFORMACION DE LA FAMILIA

Relacion del paciente al asegurado: (circule): Propio Hijo Hijo Adoptado Amigo Otro : _____

Nombre complete de la madre/Padre: _____

Dirreccion de los padres (si es diferente al paciente):

Direccion : _____ # de Apt o Piso: _____

Ciudad : _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefonos (casa): _____ Celular: _____

Yo, padre / madre/guardian legal, doy permiso a Mejia Pediatrics LLC para brindar los servicios / tratamientos medicos requeridos. Yo certifico que la informacion escrita en este formulario es correcta.

Firma

Fecha

Mejia Pediatrics LLC

Yo, _____ autorizo que la siguiente
(Padres/Guardian Legal)

persona en el listado puede traer a la visita medica a mi

hijo/Hija (Nombre Del Paciente)_____

ha Mejia Pediatrics LLC. YO tambien entiendo que por la seguridad y salud
de mi hijo,la identificacion de las persona listada- sera requerida en cada visita .

Nombre:_____

Relacion :_____

Fi rma

Fecha

433 North Broad Street, Elizabeth, New Jersey 07208
Tel: (908) 436-1002 - (908) 436-1129 • Fax: (908) 436-1109