



ABUNTO-TOLENTINO PEDIATRICS, INC.
 1001 Sneath Lane, Suite 104, San Bruno, CA 94066
 P(650) 873-4544 F(650) 873-4544

Informacion de paciente:

Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Telefono:	Numero de seguro social:		
Masculino/Femenino	Fecha de nacimiento:	Edad:	
Nombre de seguro medico:			
Quien lo refirio a nuestra oficina:			
Nombre y telefono de persona a llamar en caso de emergencia:			

- Infomacion de Padre** **Infomacion de guardian** (favor de marcar uno)

Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Telefono (casa):	Celular:		
Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social:		
Compania de trabajo:	Telefono:		
Direccion:			
Su hijo/hija esta cubierto bajo su aseguransa de trabajo? Si o NO			
Nombre de seguro medico:			

- Informacion de Madre:** **Informacion de guardian** (favor de marcar uno)

Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Telefono (casa):	Celular:		
Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social:		
Compania de trabajo:	Telefono:		
Direccion:			
Su hijo/hija esta cubierto bajo su aseguransa? Si o NO			
Nombre de seguro medico:			

Yo, _____ certifico que mi dependiente esta cubierto bajo _____ (nombre de aseguransa) y asignado directamente a la Dr. _____. Yo entiendo que soy responsable de todos los gastos cubiertos o no por la aseguransa. Yo autorizo a Abunto-Tolentino Pediatrics, Inc. para dar la informacion necesaria para asegurar los costos por servicios medicos. Yo autorizo el uso de mi firma para todos los reclamos de el seguro medico.

Firma de persona responsable de seguro medico: _____ Fecha: _____
 Relacion a paciente: _____

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS SOBRE LA PRIVACIDAD

YO E TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REVISAR LA NOTIFICACION SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD.

FIRMA DE PADRES: _____

RELACION AL PACIENTE: _____