

# Pediatric Heart Specialists



Acct# \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

D.O.S. \_\_\_\_\_

## Patient Registration Form

**Please fill in every blank.**

|                               |                                  |                                   |               |                   |                        |                   |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| <b>Patient</b>                | Last Name                        | First                             | Middle        | Date of birth     | Gender (circle)<br>M F | Social Security # |
|                               | Address                          | Apt. #                            | City          | State             | Zip Code               |                   |
|                               | Home Phone                       | Pediatrician/Referring Doctor     |               | Address           | Doctor Phone           |                   |
| <b>Spouse/Parent/Guardian</b> | Spouse/Parent/Guardian Last Name | First                             | Middle        | Home Phone        | Social Security #      |                   |
|                               | Address                          | Apt. #                            | City          | State             | Zip Code               | Date of Birth     |
|                               | Employer Name/Address            |                                   | Work Phone    | Cell Phone        | E-Mail Address         |                   |
| <b>Insurance</b>              | Primary Insured's Name           | Address (if different from above) |               | Social Security # | Date of Birth          |                   |
|                               | Insurance Company                | Phone Number                      | Policy Number | Group Number      | Relation to Patient    |                   |
| <b>Other</b>                  | Emergency Contact                | Home phone                        | Cell phone    | Relationship      |                        |                   |
|                               | Preferred Pharmacy Name          | Address                           |               |                   | Phone                  |                   |

Authorized Signature: I authorize the release of any medical or other information necessary to process claims. I also request payment of medical benefits to the assigned physician for services rendered. I understand that submittal of a claim is not a guarantee of payment and that I am financially responsible for all charges on this account.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

[www.pediatricheartspecialists.com](http://www.pediatricheartspecialists.com)

# ***Pediatric Heart Specialists***



Acct# \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

D.O.S. \_\_\_\_\_

## Forma de Registración Paciente

**Llene la hoja completamente.**

|                 |                    |                      |              |                     |               |                       |
|-----------------|--------------------|----------------------|--------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| <b>Paciente</b> | Apellido           | Primer nombre        | Medio nombre | Fecha de Nacimiento | Sexo<br>M F   | Seguro Social         |
|                 | Domicilio          | Apartamento          | Ciudad       | Estado              | Código postal |                       |
|                 | Número de teléfono | Pediatra y dirección |              |                     |               | Teléfono del pediatra |

|                              |                                  |                    |              |                    |               |                     |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|--------------------|---------------|---------------------|
| <b>Esposo/Padre/Guardián</b> | Apellido (Esposo/Padre/Guardián) | Primer nombre      | Medio nombre | Número de teléfono | Seguro Social |                     |
|                              | Domicilio                        | Apartamento        | Ciudad       | Estado             | Código postal | Fecha de nacimiento |
|                              | Lugar de empleo y dirección      | Teléfono de empleo |              | Teléfono celular   | E-Mail        |                     |

|                   |                        |                                    |               |                     |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|---------------|---------------------|
| <b>Aseguranza</b> | Nombre de suscriptor   | Dirección (si diferente de arriba) | Seguro social | Fecha de nacimiento |
|                   | Compañía de aseguranza | Número de teléfono                 | # Poliza      | # Grupo             |

|             |  |                  |          |
|-------------|--|------------------|----------|
| <b>Otro</b> | Nombre y número de teléfono de una persona en caso de una emergencia | Teléfono celular | Relación |
|             | Nombre de farmacia preferido   | Dirección        | Teléfono |

Yo autorizo el uso de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos. Pido también que se le pague al doctor asignado por medio de beneficio medico los servicios rendidos. Yo entiendo que al sumeter el reclamo no es garantía de pago, y yo soy responsable por todos los cargos en esta cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde