

PEDIATRIC MEDICINE P.A.
7922 EWING HALSELL DR., SUITE 440
SAN ANTONIO, TEXAS 78229

**POR FAVOR LEA CON CUIDADO Y ESCRIBA CON LETRA SEPARADA
PAGO CON CHEQUE, TARGETA DE CREDITO, O EFECTIVO ES NESECITADO A
LA HORA DE CADA VISITA**

Nombre Del paciente _____
_____ Nino _____ Nina Edad _____ Fecha De Nacimiento _____
Nombre del Padre _____ Fecha De Nacimiento _____
Nombre de la Madre(de soltera) _____ Fecha De Nacimiento _____
Direccion _____ Telefono/Cellular _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Empleo Del Padre _____ Profesion _____
Direccion De Empleo _____ Telefono _____
Empleo De La Madre _____ Profesion _____
Direccion De Empleo _____ Telefono _____
De Seguro Social (Madre) _____ (Padre) _____
De La Licencia (Madre) _____ (Padre) _____
Un Contacto En Caso De Emergencia _____ Telefono _____

Informacion Sobre El Seguro Medico

Company De Seguro(1) _____
Numero De Grupo _____ Numero De Poliza _____
Grupo Con _____ Poliza Individual _____
Recipiente De Poliza _____
Direccion De La Compania De Seguro _____

Compania de Seguro(2) _____
Numero De Grupo _____ Numero De Poliza _____ Grupo Con _____
Poliza Individual _____
Recipiente De Poliza _____
Direccion De La Compania De Seguro _____

Asignacion De Beneficios

Yo por lo presente asigno que todos los beneficios medicos y/o quirurgico, para incluir beneficios medicos de mayor necesidad a los cual me corresponden, incluido Medicare, Medicaid, Seguro Privado o Otro Seguro Medico a Michael A. Ozer M.D. Esta asignacion estar efectuada hasta que sea cancelada por mi por escrito. Una copia de este acuerdo sera considerada valida como la original. Yo authorizo al asignado la liberacion de cualquier information necesaria para garantizar pago. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE ECONOMICAMENTE PARA CON TODOS LOS CARGOS SEAN O NO PAGADOS POR EL SEGURO MEDICO.

FIRMA _____ FECHA _____