

**CHILDREN'S HEART SPECIALISTS, PSC**  
**INFORMACION de PACIENTE**

1. NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
APPELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

2. NOMBRE PADRE \_\_\_\_\_

3. NOMBRE MADRE \_\_\_\_\_

4. QUIEN ES RESPONSABLE DEL PACIENTE? \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

TELEFONO\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR o BEEPER\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEO? \_\_\_\_\_ TEL\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. TELEFONOS DE EMERGENCIA:

a) NOMBRE \_\_\_\_\_ TEL\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

b) NOMBRE \_\_\_\_\_ TEL\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

6. Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a los doctores de Childrens Heart Specialists a tratar y  
NOMBRE APELLIDO  
examinar a mi hijo(a).

7. COMPANIA DE SEGURO \_\_\_\_\_  
NOMBRE

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_  
FECHA NACIMIENTO

# DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
ASEGURADO

8. YO AUTORIZO EL PAGO DE LOS SERVICIOS A CHILDRENS HEART SPECIALISTS POR LA COMPANIA ASEGURADORA. YO SOY RESPONSABLE DE LA DEUDA O EL BALANCE EN TODO CASO.

9. YO AUTORIZO A CHILDRENS HEART SPECIALISTS A ENVIAR FOTOCOPIAS DEL RECORD MEDICO A LA COMPANIA ASEGURADORA, OTRO MEDICO, GOBIERNO O FACILIDAD.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_