



Beinvenidos a nuestra oficina!

Frederick A. Lauppe, M.D.
Sandra A. Hollenberg, M.D.
Pramila Agrawal, M.D.
Carrie Knoll, M.D.
James Warren, M.D.
Ericka Hong, M.D.

**Nosotros esforzamos para hacer cada visita agradable y comodo para su nino/adolescente.
Por favor complete esta forma en pluma.**

Numero de cuenta:

Fecha:

PACIENTE

Nombre: _____ Genero: _____

Fecha de nacimiento: _____ Telefono: _____

Domicillio: _____ Apt# _____

Ciudad, estado, codigo: _____

Idioma(s) hablado en hogar: _____

HERMANOS

Nombre : _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Genero : _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____

Nombre : _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Genero : _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____

Nombre : _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Genero : _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____

AUTHORIZACION Y ARCHIVOS

Yo declaro autorizacion para tratamiento medico hecho por el doctor o proveedor abajo de su supervision. Yo certifico que toda la informacion dado por me es correcto.

Yo autorize el doctor para soltar cualquier informacion incluyendo el diagnoses y documentos de cualquier tratamiento o examen a tercera parte pagadores y otro doctores.

Yo autorizo y solicito mi compania de aseguranza a pagar directamente al doctor o el grupo de el doctor beneficios de seguro,

Yo comprendo que mi aseguranza puede pagar menos que el bill actual para servicios. Yo acuerdo de ser me responsable por pago de todo servicios hecho por mis dependientes.

Yo declaro authrizacion para pago medico o a dispensar informacion medico que sea dispensada directamente a **Frederick A. Lauppe, Jr., M.D., Sandra A. Hollenberg, M.D., Pramila Agrawal, M.D., Carrie Knoll, M.D., James T. Warren, M.D., Ericka Hong, M.D.** 250 W. Bonita Ave, Suite 200, Pomona, CA, 91767

Firma de fiador: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

Numero de cuenta:

MADRE

Nombre: _____ Por favor circulo: Madre, Madrastra, o Guardian

Fecha de nacimiento: _____ Correo Electronico: _____

Domicillio: _____

Ciudad, estado, codigo: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Occupacion: _____ Empleador: _____

Empleador ciudad/estado: _____ Telefono de trabajo: _____

PADRE

Nombre: _____ Por favor circulo: Padre, Padrastra, o Guardian

Fecha de nacimiento: _____ Correo Electronico: _____

Domicillio: _____

Ciudad, estado, codigo: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Occupacion: _____ Empleador: _____

Empleador ciudad/estado: _____ Telefono de trabajo: _____

Estado matrimonial de padres: Solteros Casados Divorciados Viudo Separados

CONTACTOS ALTERNAS SI INCAPAZ DE ALCANZAR POR TELEFONO O CORREO

Nombre: _____ Relacion a nino: _____

Domicillio: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion a nino: _____

Domicillio: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion a nino: _____

Domicillio: _____ Telefono: _____

SEGURO PRIMARIO DE PACIENTE

Nombre de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compania de aseguranza: _____

Numero de miembro: _____ Numero de grupo _____

SEGURO SECUNDARIO DE PACIENTE

Nombre de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compania de aseguranza: _____

Numero de miembro: _____ Numero de grupo _____