



# Welcome

## Pediatric Care Group, P.A.



Tell Us About Your Child

Today's Date:	Child's Home Phone #:	SS #:
Child's Name:	Child's Birthdate:	Child's Age:
Last	First	MI
Nickname:	Male    Female	School & Phone:
Child's Home Address:		Grade:
Street	City	State    Zip

Parent's Information

Parent's Marital Status:    Married    Divorced    Separated    Widowed    Remarried    Single						
<b>Mother:</b>	Step Mother	Guardian	Birthdate:	Home Phone #:	Work Phone #:	
Name:				SSN#:	DLN#:	
Address:	Street	City	State	Zip		
Employer:	Name	Street	City	State	Zip	Your Email:
Insurance:						Insured:
Address:						Phone #:
Group #:	ID#:	Group Name:				
<b>Father:</b>	Step Father	Guardian	Birthdate:	Home Phone #:	Work Phone #:	
Name:				SSN#:	DLN#:	
Address:	Street	City	State	Zip		
Employer:	Name	Street	City	State	Zip	Your Email:
Insurance:						Insured:
Address:						Phone #:
Group #:	ID#:	Group Name:				

Person Responsible For Account

Name:	Relationship:	SS #:
Billing Address:	Street	City    State    Zip
Home Phone #:	Work Phone #:	Employer:    DLN#:
<b>Who is responsible for making appointments?</b>		
Name:	Home Phone #:	Work Phone #:    Best time to call:

Contact Person

<b>Neighbor or Relative not living with you</b>			
His/Her Name:	Relation:	Home Phone #:	Work Phone #:
Address:	Street	City	State    Zip

### ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

I hereby authorize direct payment of medical/surgical benefits to Pediatric Care Group, P.A. for services rendered by him/her in person or under his/her supervision. I understand that I am financially responsible for any balance not covered by any insurance. I certify that the information I have reported regarding my insurance coverage is correct.

### AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I hereby authorize Pediatric Care Group, P.A. to release any medical or incidental information that may be necessary for either medical care or in processing applications for financial benefit.

I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. This authorization may be revoked by either me or my insurance company at any time in writing.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
Patient, Parent or Guardian



# Bienvenido

Pediatric Care Group, P.A.



Diganos acerca de su hijo

Fecha:	# de Teléfono:	# Seguro Social:
Nombre del niño(a): Apellido	Nombre	2do Nombre
Apodo:	Masculino	Femenina
Dirección de domicilio:	Calle	Ciudad
		Estado
		Código Postal

Información Sobre los Padres

Estado civil de los padres:	Casado	Divorciado	Separado	Viudo(a)	Recasado	Soltero(a)
<b>Madre:</b>	Madrastra	Guardian Legal	FDN:	# Teléfono:	# Teléfono Trabajo:	
Nombre:				# Seguro Social:	# Licencia de Conducir:	
Dirección de domicilio:	Calle	Ciudad			Estado	Código Postal
Empleador:	Nombre	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Su correo electrónico
Nombre de Seguro Médico:						Persona Asegurada:
Dirección:						# Teléfono:
#Grupo:				Nombre del Grupo:		
<b>Padre:</b>	Padrastra	Guardian Legal	FDN:	# Teléfono:	# Teléfono Trabajo:	
Nombre:				# Seguro Social:	# Licencia de Conducir:	
Dirección de domicilio:	Calle	Ciudad			Estado	Código Postal
Empleador:	Nombre	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Su correo electrónico
Nombre de Seguro Médico:						Persona Asegurada:
Dirección:						
#Grupo:				Nombre del Grupo:		

Persona Responsable por la Cuenta

Nombre:	Relación:	#SS:
Dirección de Cargo:	Calle	Ciudad
		Estado
		Código Postal
# Teléfono Trabajo:	# Licencia de Conducir:	
<b>¿Quien es responsable por hacer citas?</b>		
Nombre:	# Teléfono Trabajo:	# Teléfono:
		Mejor momento para llamar:

Contacto

<b>Vecino o pariente que no viva con usted.</b>			
Nombre:	Relación:	# Teléfono Trabajo:	# Teléfono:
Dirección:	Calle	Ciudad	Estado
			Código Postal

**BENEFICIOS DE SEGURO**

Por estos medios autorizo pago directo por beneficios medicos/quirurgicos a Pediatric Care Group, P.A. por servicios dados a el/ella en persona o bajo supervision. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance no cubierto por mi seguro. Certifico que la informacion que he provisto en cuanto a mi seguro es correcta.

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

Por este medio autorizo a Pediatric Care Group, P.A. a divulgar informacion medica o incidental que sea necesaria para cuidado medico o para procesar solicitudes para beneficios financieros.

Permito una copia de autorizacion para ser usada en lugar de la original. Esta autorizacion puede ser anulada por mi o mi compañía de seguro en cualquier momento y por escrito.

Fecha Firma  
Paciente, Padres or Guardián