

BEM VINDO Á CLINICA PEDIATRICA INTERNACIONAL

Como voce soube da nossa clinica? PACIENTE ANTIGO PAGINAS AMARELAS OUTDOOR

AMIGO FESTIVAL JORNAL COMPANHIA DE SEGURO OUTRO:

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de Nascimento	Seguro Social:
Endereço	Cidade/Estado	Código Postal	No de Telefone
Nome da Mãe:	Data de Nascimento	No de Telefone Celular	
Empregador da Mãe	Endereço de Trabalho	Cidade/ Estado	No de Trabalho
Nome da Pai:	Data de Nascimento	No de Telefone Celular	
Empregador da Pai	Endereço de Trabalho	Cidade/ Estado	No de Trabalho
Em Caso de Emergencia Avisar A	No de Telefone		

INFORMAÇÃO DO SEGURO

<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Peachcare	No de ID do seguro:	No de Telefone:	
<input type="checkbox"/> Outro Seguro	Nome da Companhia do Seguro	No de ID do seguro:	No de Grupo
Nome da Pessoa Responsável	Relacao como Paciente: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro		

Nome da farmácia?	Cidade	No do Telefone da Farmácia?
Nome do Pediatra anterior de sua criança:	No de Telefone?	Quando foi a ultima vez que sua criança esteve la?

AUTORIZAÇÃO

Por favor mostre seu cartão de seguro á recepcionista.
Eu autorizo Clinica Internacional Pediatrica a compartilhar informaca e receber pagamenites da companhia de seguro con a qual tenho coutiatio ativo.
Por favor retorne este formulario a recepcionista.

Nunha assinatura confirmara que toda a informaçã eitada acima e verdadeirae correta:

Assinatura: _____ Data: _____

Pediatra de alta qualidade, con amore sem fronteiras

La Clinica del Nino, P.C., dba:
Clinica Internacional de Pediatria
International Pediatric Clinics
3780 Holcomb Bridge Rd., Suite C
Norcross, GA 30092

Suzana Mara Montaña, MD, FAAP
Dennis Selva, MD
Alexa Thompson, RN, CPNP
770.263.910