

# BIENVENIDO A CLÍNICA INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Como se entero de nuestra clínica?  PACIENTE ESTABLECIDO  PAGINAS AMARILLAS  LETRERO AFUERA

AMIGO  FESTIVAL  PERIÓDICO  SEGURO  OTRO (especificar):

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|  |  |                     |                      |
|--|--|---------------------|----------------------|
| Nombre del Paciente:   | Sexo:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de Nacimiento | Seguro Social:       |
| Dirección  | Ciudad/Estado  | Código Postal       | Teléfono de Casa     |
| Nombre de la Madre:  | Fecha de Nacimiento  | Teléfono de Celular |                      |
| Trabajo de la Madre  | Dirección del Trabajo  | Ciudad/ Estado      | Teléfono del Trabajo |
| Nombre del Padre:  | Fecha de Nacimiento  | Teléfono Celular    |                      |
| Trabajo del Padre  | Dirección del Trabajo  | Ciudad/Estado       | Teléfono del Trabajo |
| Usted tiene otro hijo que es paciente establecido de la clínica? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No        |                     |                      |
| En Caso de Emergencia  | Nombre   | Numero de Teléfono  |                      |

## INFORMACIÓN DE SEGURO

|  |   |                            |      |
|--|---|----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Peachcare <input type="checkbox"/> Otro | Numero de la tarjeta de seguro:   | Se otro, nombre de seguro: |      |
| Nombre de la persona responsable de la cuenta:   | Relación con el Paciente<br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro | Fecha de nacimiento:       | SSN# |

Nombre de la farmacia que usa Número de teléfono

## AUTORIZACIÓN

Por favor mostrar su tarjeta de seguro.  
Yo autorizo compartir información médica y autorización a Clínica Internacional de Pediatría para recibir los pagos de mi seguro.  
Por favor entregue ésta forma a la recepcionista.

Certifico con mi firma que la información predicha es verdad y correcta:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La Clínica del Niño, P.C., dba:  
Clínica Internacional de Pediatría  
International Pediatric Clinics  
3780 Holcomb Bridge Rd., Suite C  
Norcross, GA 30092

Suzana Mara Montaña, MD, FAAP  
Dennis Selva, MD  
Alexa Thompson, RN, CPNP  
Telefono 770.263.9101