

OLIVE TREE PEDIATRICS REGISTRATION FORM

(Formularios de inscripcion de pacientes en Espanol --Pediatria De Olivo)

2225 SW 59th ST OKC OK 73119

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

SS#_NA_____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

E-mail _____

Numeros de Telefonos: Casa _____ Celular _____ Numero preferido para llamarle: (Casa) (cell) (email)

Persona Responsable _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo

postal _____

Nombre de la Madre _____

SS# _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Trabajo _____ Numero de Tel Trabajo _____

Nombre del Padre _____

SS# _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de

Trabajo _____ Numero de tel. trabajo _____

Hermanos y Hermanas

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Contacto de Emergencia (Otro aparte de los padres) _____

Relacion con el paciente _____

Direccion _____

De telefono _____

Informacion Opcional, favor de checar aqui si prefier no contestar

Language Preferido _____ **Raza** _____ **Etnia**

Hispano/Latino (or) no-Hispano/Latino Subscriptor

#1Asegurado _____

Empleador _____

Nombre de Aseguranza. _____

Direccion _____
Numro de poliza _____
de Grupo _____
Asegunza #2 _____
Empleador _____
Nombre de Aseguranza _____
Direccion _____
de Poliza _____
Numero de Grupo _____

Allergias a alguna

Medicina: _____

Metodo de pago: _____ Efectivo _____ Cheque _____ Tarjeta _____
_____ Medicaid

Farmacia preferida: _____

Como se entero de la Olive Tree Pediatrics

Quien fue su pediatra anterior?

AUTORIZACION PARA CEDER INFORMACION Y PAGAR BENEFICIOS A OLIVE TREE PEDIATRICS. “ Doy mi permiso a OLIVE TREE Pediatric PLLC, para dar informacion adquirida durante mi tratamiento y examen. Doy permiso para que dirijan el pago directamente al Doctor designado por cualquier procedimiento hecho. Y entiendo que soy responsable y pagare por cualquier servicio que mi aseguranza no cubra.

Firma _____
(Padre o guardian, si el paciente es menor de edad)

PERMISO DE PADRES/RESPONSIBLE PARA TRATAR AL PACIENTE “Doy mi permiso a los medicos de OLIVE TREE Pediatrics, o personas designadas por ellos, a entrevistar, examiner, y realizar procedimientos de laboratorio/radiologicos necesarios y proveer tratamientos apropiados para el menor mencionado arriba. Permiso para evaluar y tartar es concedido ya sea que el niño sea presentado por el padre, otro miembro de la familia, otra persona sin relacion alguna o sin compania.

Firma _____
(Padre o guardian, Si el paciente es un menor)