PATIENT INFORMATION
INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

DATE (FECHA) _____

1. **FATHER'S NAME**
NOMBRE DEL PADRE _____
LAST NAME (APELLIDO) FIRST (PRIMER NOMBRE)

SOC. SEC. #
SEGURO SOCIAL _____ DATE OF BIRTH
FECHA DE NACIMIENTO _____ DRVS. LIC. #
LIC. DE MANEJAR _____

ADDRESS
DIRECCIÓN _____ APT. _____ CITY
CIUDAD _____ ZIP _____

PHONE
TELEFONO# _____ **EMERGENCY #**
 # DE EMERGENCIA _____

2. FATHER'S EMPLOYER
EMPLEO DEL PADRE _____ OCCUPATION
OCUPACIÓN _____

ADDRESS
DIRECCIÓN _____ PHONE
TELEFONO # _____

3. DO YOU HAVE MEDICAL INSURANCE FOR YOUR CHILDREN?
TIENE SEGURO MEDICO PARA SUS HIJOS? YES
SÍ _____ NO _____

INSURANCE COMPANY NAME
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO _____ POLICY #
CERTIFICADO # _____

4. **MOTHER'S NAME**
NOMBRE DE LA MADRE _____
LAST NAME (APELLIDO) FIRST (PRIMER NOMBRE)

SOC. SEC. #
SEGURO SOCIAL _____ DATE OF BIRTH
FECHA DE NACIMIENTO _____ DRVS. LIC. #
LIC. DE MANEJAR _____

ADDRESS
DIRECCIÓN _____ APT. _____ CITY
CIUDAD _____ ZIP _____

PHONE
TELEFONO# _____ **EMERGENCY #**
 # DE EMERGENCIA _____

5. MOTHER'S EMPLOYER
EMPLEO DEL MADRE _____ OCCUPATION
OCUPACIÓN _____

ADDRESS
DIRECCIÓN _____ PHONE
TELEFONO # _____

6. DO YOU HAVE MEDICAL INSURANCE FOR YOUR CHILDREN?
TIENE SEGURO MEDICO PARA SUS HIJOS? YES
SÍ _____ NO _____

INSURANCE COMPANY NAME
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO _____ POLICY #
CERTIFICADO # _____

7. REFERRED BY
RECOMMENDADO POR: _____ PHONE #
TELEFONO _____

8. CHILDREN / HIJOS — FIRST NAME / PRIMER NOMBRE — MIDDLE / MEDIO — DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMENTO

OLDEST/MAYOR _____
2ND/SEGUNDO _____
3RD/TERCERO _____

HEALTH INSURANCE AUTHORIZATION

I HEREBY AUTHORIZE SOUTH COAST PEDIATRICS TO RELEASE TO MY HEALTH INSURANCE CARRIER ANY INFORMATION ACQUIRED IN THE COURSE OF MY EXAMINATION OR TREATMENT.

I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO SOUTH COAST PEDIATRICS (AND DO HEREBY ASSIGN THESE BENEFITS), OF THE SURGICAL AND/OR MEDICAL AND MAJOR MEDICAL BENEFITS OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR HIS SERVICES AS DESCRIBED IN THE ATTACHED INSURANCE STATEMENT OF CLAIM UNLESS SUCH STATEMENT IS MARKED "PAID". IN THIS EVENT THE BENEFITS OR REMAINDER OF BENEFITS SHOULD BE PAID TO THE UNDERSIGNED INSURED.

SIGNED: _____

YO AUTORIZO A SOUTH COAST PEDIATRICS PARA REVELAR A MI COMPAÑÍA DE SGURO CUALQUIER INFORMACION TOCANTE A MI EXAMINACION O TRATAMIENTO.

YO AUTORIZO PAGO DIRECTO A SOUTH COAST PEDIATRICS (Y AQUI SIGNO ESTOS BENEFICIOS) DE LOS BENEFICIOS MEDICOS Y QUIRURGICOS ASI COMO MAYORES, DE OTRO MODO PAGADEROS A MI, POR SUS SERVICIOS DESCRITOS EN EL DOCUMENTO ADJUNTO, AL MENOS QUE EL DOCUMENTO ESTABLESCA QUE ESTA "PAGADO".

FIRMA: _____
PADRE O MADRE, SI PACIENTE ES MENOR