

**PREFERRED PEDIATRICS OF ROCKLAND  
FORMAS DE PADRES**

<b>INFORMACION DEL PACIENTE :</b>	
Nombre: _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____	
Direccion: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
<b>Si es Aplicable:</b>	
Correo Electrónico del Paciente: _____	
Celular del Paciente: _____	
<b>PADRES/GUARDA LEGAL: (MADRE &amp; PADRE)</b>	
Nombre de Madre: _____ Apellido de Soltera : _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Celular: (____) ____ - ____ Tel de Casa: (____) ____ - ____	
Correo Electrónico de Madre: _____	
Nombre de Padre: _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Celular: (____) ____ - ____ Tel de Casa: (____) ____ - ____	
Correo Electrónico de Padre: _____	
Dirección Primaria : _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA : (APARTE DE LOS PADRES)</b>	
Nombre: _____	
Celular: (____) ____ - ____ Teléfono de Casa: (____) ____ - ____	
Relación al paciente: ABUELA/O TIA/TIO AMIGA/O OTRO: _____ (CIRCULE UNO)	
<b>INORMACION DE SEGURO :</b>	
Sus tarjeta(s) de seguro tiene(n) que estar presente a la hora de servicio. YO, LE DOY PERMISO A MI COMPAÑIA(S) DE SEGURO(S) PARA ENVIARLE PAGOS DIRECTAMENTE A PREFERRED PEDIATRICS OF ROCKLAND. ESTOY CONCIENTE QUE PUEDO SER RESPONSIBLE DE LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO.	
Firma de Madre/Padre: _____ Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____	
Seguro Primario: _____ ID: _____ Nombre de Sub: _____ Fecha de Nac del Sub : ____ / ____ / ____	Seguro Secundario: _____ ID: _____ Nombre de Sub: _____ Fecha de Nac del Sub : ____ / ____ / ____
Nombre de Madre/Padre: _____ Farmacia Preferida: _____	
Firma de Madre/Padre : _____ Pueblo de la Farmacia: _____	
Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____	

**PREFERRED PEDIATRICS OF ROCKLAND  
FORMAS DE PADRES**

YO DOY PERMISO A PREFERRED PEDIATRICS OF ROCKLAND PARA HABLAR  
CON LAS SIGUIENTE PERSONAS SOBRE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO/RADIOLOGIA  
INCLUYENDO INFORMACION PERSONAL RELACIONADO CON LA SALUD DE

\_\_\_\_\_.

(NOMBRE DEL PACIENTE)

NOMBRE Y RELACION/NUMERO TELEFONICO:

1. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE LA POLIZA DE PRIVACIDAD**

YO, \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE MADRE/PADRE/GUARDA LEGAL)

RECONOZCO QUE AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO DE PRIVACIDAD, TENGO EL DERECHO

DE PEDIR UNA COPIA DE LA POLIZA DE PRIVACIDAD DE PRACTICA DE

PREFERRED PEDIATRICS OF ROCKLAND, SOLAMENTE CUANDO YO LA SOLICITE PARA

\_\_\_\_\_.

(NOMBRE DEL PACIENTE)

MADRE/PADRE/ GUARDA LEGAL:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

STAFF SIGNATURE: \_\_\_\_\_