

# Takoma Park Pediatrics

7610 Carroll Avenue Ste#400 Takoma Park, MD 20912

**\*\*2010 Patient Registration\*\***

***\*Please complete entire registration\****

Apellido	Nombre			MI
Direccion	APT#	Zip	Cuidad	Estado
Telefone#	Fecha de nacimiento	Edad:	Masculino/ Femenino	SS# del niño
Nombre de Madre	Fecha de nacimiento			SS#
Empleador de Madre	Telefono de trabajo#			Cellular#
Nombre de Padre	Fecha de nacimiento			SS#
Empleador de Padre	Telefono de trabajo#			Cellular#
Direccion de Padre (Si es diferente)				
Contacto de emergencia	Relación con el paciente		Telefono#	

**Nombre de la persona responsable economicamente aparte del seguro:**

**Direccion/ Telefono de la persona**

## **1. SEGURO PRIMARIO**

Compania de Seguro	Poliza#	Grupo#
Direccion de Seguro	Telefono#	
Nombre del asegurado	Empleador	Fecha de nacimiento
SSN#		

## **2. SEGURO SECUNDARIO**

Compania de Seguro	Poliza#	Grupo#
Direccion de Seguro	Telefono#	
Nombre del asegurado	Empleador	Fecha de nacimiento
SSN#		

**3. Tiene su hijo/a medicaid? Si / No Recipiente ID:**

## **Hermanos/as que viene a la practica:**

1. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor note dos personas autorizadas para discutir la informacion de la cuenta de su hijo/a

1. \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

I hereby consent to the use and disclosure of my child's Private Health Information (PHI) and Individually Identifiable Health Information (IIHI) for payment, treatment and other healthcare operations, according to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, effective April 14, 2003. I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR ANY CHARGES NOT COVERED BY MY HEALTH INSURANCE AND AGREE TO PAY THE BALANCE OWED BY ME.

Nombre de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardian Para Esta Autorizacion: \_\_\_\_\_