



Para ser completado para los pacientes de 19 años y menores

Háblenos de su NIÑO		
El día de hoy: _____		
El nombre del niño:		
_____	_____	_____
Último	primero	MI
Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____		
Edad del niño: _____		
Apodo: _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra		
Colegio: _____ Grado: _____		
Inicio del niño# (____) _____		
Dirección de la casa del niño: _____		
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Cremallera

INFORMACIÓN GENERAL		
Que acompañe al niño hoy?		
Nombre: _____		
Relación: _____		
¿Tiene la custodia legal de este niño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
A quien podemos gracias por referirlo? _____		
otros hermanos: _____		
Pariente o amigo que no viva con usted:		
Nombre: _____ Teléfono: (____) _____		
Dirección: _____		
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Cremallera

INFORMACIÓN PADRES		
Persona responsable de esta cuenta: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Se asoció <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Apartado		
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> guardián	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> guardián	
Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____	Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____	
Dirección (Si es diferente a la del niño) Casa #: (____) _____	Dirección (Si es diferente a la del niño) Casa #: (____) _____	
_____	_____	
_____	_____	
Ciudad	Estado	Cremallera
Email: _____		
Si usted tiene cobertura de seguro de salud para el niño, por favor llene a continuación:		
nombre de la compañía de seguros: _____		
Dirección de Seguros: _____		
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Cremallera
Seguro de teléfono: (____) _____		
Política #: _____ Grupo #: _____		

LANZAMIENTO	
Certifico que mi hijo está cubierto por _____ Insurance Company y asigno todos los beneficios de seguro de otra en cuanto a nombre de mi. Yo entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también es responsable de pagar cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubierta ot. Por la presente autorizo Fyzical para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros, ya sea manual o electrónico.	

Firma del padre o tutor Fecha	