

**Guardian/Pariente #1**

Nombre \_\_\_\_\_  
apellido \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_  
direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Coaigo postal \_\_\_\_\_  
Nombre de su empleador \_\_\_\_\_ ocupacion \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguradora \_\_\_\_\_  
aseguradora ID # \_\_\_\_\_  
Tel- casa \_\_\_\_\_ tel-trabajo \_\_\_\_\_  
Tel- celular \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genero: masculino femenino  
Estado: Soltero Casado Divorciada-o Viuda-o

**Guardian/Pariente #2**

Nombre \_\_\_\_\_  
apellido \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_  
direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Coaigo postal \_\_\_\_\_  
Nombre de su empleador \_\_\_\_\_ ocupacion \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguradora \_\_\_\_\_  
aseguradora ID # \_\_\_\_\_  
Tel- casa \_\_\_\_\_ tel-trabajo \_\_\_\_\_  
Tel- celular \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genero: masculino femenino  
Estado: Soltero Casado Divorciada-o Viuda-o

Guardian/ Pariente #1 correo electronico \_\_\_\_\_

Guardian/ Pariente#2 correo electronico \_\_\_\_\_

El nino reside con: Guardian/ Pariente#1 Guardian/ Pariente#2 Ambos

El pariente que acompaña al paciente es responsable por pagar los servicios prestados.

Manera de pago:

Circule Uno: cheque efectivo tarjeta de credito

Si tiene seguro, le ayudaremos a entablar cobro por sus beneficios, sin embargo usted es responsable por las porciones no pagadas por su seguro. Entiendo que la informacion proveida es correcta de acuerdo a mi conocimiento y que sera manejada confidencialmente y soy responsable de informar de cualquier cambio en la cuenta o estado medico.

Firma de pariente o guardian \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_