



Valle
Verde
Pediatrics

15525 Pomerado Road, Ste B1
Poway, CA 92064
tel: 858-487-8333 fax: 858-487-0856

Registro del paciente

Nombre del paciente: _____ medio: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero De Seguro Social # _____

Dirección: _____ ciudad: _____ estado: ____ código postal: _____

Contacto de Emergencia Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre: _____ apellido del padre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero De Seguro Social #: _____

Numero De licencia: _____ Nombre De Empleador: _____

Nombre de la madre: _____ apellido de la madre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero De Seguro Social #: _____

Numero De licencia: _____ Nombre De Empleador: _____

Información del seguro

#1	Nombre de la compañía de seguros primario	ID#	Grupo#
	Nombre del suscriptor	Relación	Plan
#2	Nombre de la compañía de seguros secundaria	ID#	Grupo#
	Sobrenombre del escriba	Relación	Plan

Autorización para liberar informaron e información de pago

Por la presente autorizo la liberación de cualquier información requerida por mi compañía de seguros y solicito que los pagos se hagan directamente a: Valley verde Pediatría Medical Grupo, Inc.

Firmado_ _____ Fecha: _____

Solicitud de comunicación de canal confidencial

Consiento el uso de los siguientes canales confidenciales para la comunicación de información relacionada con:

_____ (nombre del niño)

Por favor seleccione todo lo que aplique:

teléfono Aceptar para dejar mensajes

Correo Email (dirección) _____

Firma: _____

Fecha: _____