



Actualización Anual

Nombre de Paciente: _____ FDN: _____ M / F

Nombre de Paciente: _____ FDN: _____ M / F

Nombre de Paciente: _____ FDN: _____ M / F

Domicilio: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

#Telefono (Primario): _____ #Telefono (secundario): _____

Aseguranza: _____ ID del miembro: _____ # Grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fec. De Nac.: _____

Aseguranza (Secundaria): _____ ID del miembro: _____ # Grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fec. De Nac. _____

Si le gustaría recibir comunicaciones por correo electrónico de Wee Care Pediatrics, Indique su correo electrónico

_____. Nunca compartiremos su correo electrónico con nadie. Su información de salud protegida, no será divulgada en las comunicaciones por correo electrónico y siempre será observado directrices completas HIPAA / HITECH.

Autorización de tratamiento

Las siguientes personas distintas de los padres están autorizados para traer al paciente a Wee Care Pediatrics para tratamiento: (Puede cancelar la autorización en cualquier momento)

(Nombre) (Relacion hacía el niño)

(Nombre) (Relacion hacía el niño)

(Nombre) (Relacion hacía el niño)

Padre o Guardián: _____ / _____ Fecha: _____
(Firma) Relación