

# SARASOTA CHILDREN'S CLINIC

**PADRE** \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_  
 Empleo \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 SS# \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Licencia de manejar # \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_  
 Empleo \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 SS# \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Licencia de manejar # \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

**LENGUAJE:**     Inglés     Español     Otro \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA, que no sea Padre/Madre** \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS NIÑOS	Fecha Nacimiento	Raza	Origen Etnico Hispano	Número de seguro social
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. _____			Si / No	
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. _____			Si / No	
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. _____			Si / No	
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. _____			Si / No	
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. _____			Si / No	
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. _____			Si / No	

## INFORMACION DE SEGURO Y FINANZAS

### LOS PAGOS SE DEBEN EN EL MOMENTO DE RECIBIR SERVICIOS

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_  
 Póliza en Nombre de \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Autorizo a Sarasota Children's Clinic para que cobren y reciban pagos de mi compañía de seguro. Estoy de acuerdo que seré completamente responsable por todas las deudas mías por servicios recibidos de Sarasota Children's Clinic aunque el seguro lo cubra o no. Un cargo de 1.5% mensual será aplicado a toda cuenta mayor de 30 días. Habrá un cargo adicional de \$25.00 por procesamiento para cuentas remitidas a la agencia de cobranzas. El suscrito personalmente garantiza pago de todos los cargos. Si es necesario efectuar cobranza, se garantizan pagos de todo el monto legal de cobranza. Por favor hacer sus preguntas en el Escritorio de Recepción. Gracias!

**PRIVACIDAD DEL PACIENTE:** Nuestra Clinica promete asegurar la privacidad de su información de salud. Por tanto, hemos colocado una NOTA DE PRIVACIDAD en el área de Recepción. No se requiere que Ud. lo lea. Sin embargo, su firma confirmará que Ud ha sido notificado sobre nuestra NOTA DE PRIVACIDAD, la comprende y esta de acuerdo. Puede solicitar una copia de nuestra NOTA DE PRIVACIDAD a la recepcionista.

**PARA PROTEGER SU PRIVACIDAD, COMO QUIERE QUE LO CONTACTEMOS?**

Si  No Mensaje detallado en mensajes de voz en casa.       Si  No Mensaje en su celular.  
 Si  No Mensaje en su lugar de trabajo.                                      Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo el tratamiento de mis hijos/hijas ya nombrados en Sarasota Children's Clinic. Mi firma autoriza ademas la entrega de expedients medicos u otra informacion necesaria para las operaciones de cuidados medicos, tratamiento médico o propósitos de pago. Incluyendo informacion psiquiátrica, de SIDA, enfermedades de transmisión sexual, drogas y alcohol.

**FIRMA DEL GUARDIAN O PADRE/MADRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**REFERIDO POR:**     AMIGOS     PAGINAS AMARILLAS     SEGURO     SITIO WEB     OTRO \_\_\_\_\_