

**CENTRO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL ÁREA CENTRAL DE TEXAS
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA)**

Remitido a la clínica por:	Médico primario:
----------------------------	------------------

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Edad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento: / /
Dirección:		Nº de seguro social		Tel. de la casa ()	
P.O. box:	Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Padre/Tutor:	Nombre del empleador:	Tel. del trabajo: ()		Correo electrónico: Nº del Celular: ()	
Nombre y nº de teléfono del 2º contacto:		Celular:		Otro alternativo:	

INFORME DEL SEGURO MÉDICO

Nombre de la persona responsable del pago:	Fecha de nacimiento / /	Dirección(si es diferente a la del paciente):	Nº del seguro social: Tel. :()		
Ocupación:	Nombre de la empresa	Dirección del trabajo:		Tel. del trabajo: ()	
Nombre del seguro primario:	Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Nº seguro social del suscriptor:	Nº de póliza:	Nº del seguro médico:
Parentesco del suscriptor con el paciente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de seguro médico secundario (si tiene):	Nombre del suscriptor:		Nº de seguro social del suscriptor :	Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Nº de la póliza:	Nº del grupo:	Parentesco:	Nombre de la empresa:		

EN CASO DE URGENCIA

Nombre de un pariente o amigo que no viva en la misma dirección:	Parentesco con el paciente:	Tel. de la casa: ()	Tel. del trabajo: ()
--	-----------------------------	-------------------------	--------------------------

De acuerdo a mi saber y entender, la información de arriba es verdad. Yo autorizo a mi seguro que pague directamente a mi medico. Entiendo que yo soy responsable por cualquier saldo. **También autorizo al Centro de Cirugía Pediátrica del Área Central de Texas** o la compañía del seguro facilitar cualquier información que se requiera para procesar mis reclamos.

Firma del paciente / tutor

Fecha