

MIAMI ASSOCIATES IN PEDIATRIC SURGERY, P.A.
PATIENT INFORMATION

Today's Date _____

Patient's Name _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Sex: _____

Address: _____ Home Phone # _____

Race _____ Ethnicity _____ Language _____

City _____ State _____ Zip _____ Cell Phone # _____

Father's Name _____ D.O.B. _____ SS# _____

Father's Employer: _____ Occupation: _____

Business Phone # _____ Business Address: _____

Mother's Name _____ D.O.B. _____ SS# _____

Mother's Employer: _____ Occupation: _____

Business Phone # _____ Business Address: _____

Responsible Party's Name: _____

Responsible Party's Driver's License #/State: _____

IN CASE OF EMERGENCY: Name of the nearest friend or relative who does not reside with you.

Name: _____ **Telephone #** _____

PATIENT INSURANCE INFORMATION

PRIMARY INSURANCE: _____ HMO [] PPO [] GROUP [] PRIV []

Insurance Company Address: _____

Insured's Name _____ I.D. # _____ Group # or Name _____

SECONDARY INSURANCE: _____ HMO [] PPO [] GROUP [] PRIV []

Insurance Company Address: _____

Insured's Name _____ I.D. # _____ Group # or Name _____

REFERRING M.D. INFORMATION

PRIMARY CARE DOCTOR : _____ TEL. NO. _____

REFERRING DOCTOR: _____ REF. DR'S. PHONE _____

REFERRING DOCTOR'S ADDRESS: _____

Authorization to Release Information: I hereby authorize **Miami Associates in Pediatric Surgery** to release any information acquired in the course of my examination and treatment of the above named patient.

Insurance Authorization and Assignment: I hereby assign all medical and/or surgical benefits to include major medical benefits to which I am entitled to: **Miami Associates in Pediatric Surgery**. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A copy of this assignment is to be considered as valid as an original. I understand that I am financially responsible for all the charges whether or not paid by said insurance. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure payment.

I have received from **Miami Associates in Pediatric Surgery** the "Notice of Privacy Practices".

Signed _____ Date _____

Relationship to Patient _____

MIAMI ASSOCIATES IN PEDIATRIC SURGERY, P.A.
INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Direccion: _____ Telefono de Casa _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Celular _____

Raza _____ Etnicidad _____ Idioma _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nac. _____ SS.# _____

Empleo del Padre: _____ Ocupacion: _____

Direccion del Trabajo _____ Telefono del Trabajo _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de Nac. _____ SS.# _____

Empleo de la Madre: _____ Ocupacion: _____

Direccion del Trabajo _____ Telefono del Trabajo _____

Nombre de la persona responsable: _____

Numero de la licencia de conducir de la persona responsable y el estado: _____

En caso de Emergencia: Nombre del mas cercano amigo o familiar que no viva con usted:

Nombre: _____ **Telefono #** _____

INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE

SEGURO PRIMARIO: _____ HMO [] PPO [] GRUPO [] PRIV []

Direccion de la Compania de Seguro: _____

Nombre del Asegurado _____ I.D.# _____ Grupo # o Nombre _____

SEGURO SEGUNDARIO: _____ HMO [] PPO [] GRUPO [] PRIV []

Direccion de la Compania de Seguro: _____

Nombre del Asegurado _____ I.D.# _____ Grupo # o Nombre _____

INFORMACION DEL DOCTOR QUE REFIERE

DOCTOR PRIMARIO: _____ TELEFONO _____

DOCTOR QUE REFIERE: _____ TELEFONO _____

DIRECCION DEL DR. QUE REFIERE: _____

Autorizacion para suministrar informacion: Yo por este medio autorizo a **Miami Associates in Pediatric Surgery** a suministrar cualquier informacion adquirida en el curso del examen o tratamiento del paciente arriba mencionado.

Autorizacion del Seguro y Asignacion: Yo por este medio asigno todos los beneficios medicos y/o cirujanos, incluyendo todos los beneficios medicos mayores a los cuales tengo derecho a **Miami Associates in Pediatric Surgery**. Esta asignacion permanecera en efecto hasta ser revocada por mi por escrito. Una copia fotostatica de esta asignacion sera considerada tan valida como un original y entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, pagados o no por el mencionado seguro. Yo por este medio autorizo a dicho asignado a suministrar toda la informacion necesaria para asegurar el pago.

Yo he recibido de la oficina de **Miami Associates in Pediatric Surgery** el "Aviso De Practicas de Privacidad".

Firmado _____ Fecha _____

Relacion con el pacciente _____