ACD PEDIATRIC GROUP **PATIENT'S INFORMATION**

Last Name/Apellido _____ Name/Nombre _____ Middle Name _____ DOB _____ Social Security/Seguro Social _____

Sex/Sexo _____ Hospital of Birth/Hospital de Nacimiento _____ Obstetrician/Obstetra _____ Referred by/Referido por _____

Father's Name
Nombre Padre: _____

Address/Dirección: _____

Apt _____ City/Ciudad: _____

State/Estado: _____ Zip Code/Zona Postal: _____

Social Security/Seguro Social: _____

DOB/Fecha Nacimiento _____

Cellular/Mobile: _____

Home Phone/Teléfono hogar: _____

Work phone/Teléfono trabajo: _____

Language spoken at home/Lengua que se habla en casa: _____

Email Address: _____

Mother's Name
Nombre Madre: _____

Address/Direccion: _____

Apt: _____ City/Ciudad: _____

State/Estado: _____ Zip Code/Zona Postal: _____

Social Security/Seguro Social: _____

DOB/Fecha Nacimiento _____

Cellular/Mobile: _____

Home Phone/Teléfono hogar: _____

Work phone/Teléfono trabajo: _____

Language spoken at home/Lengua que se habla en casa: _____

Email Address: _____

Pharmacy Name/Phone: _____

HEALTH INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Company/Seguro Primario _____ Secondary Insurance Company/Seguro Secundario _____

Policy # / # de Póliza _____ Group # / # Grupo _____ Policy # / # de Póliza _____ Group # / # Grupo _____

Person responsable for payment/Persona responsable del pago _____ Relationship/Relación _____

Address/Direccion _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Codigo _____

CONTACT IN CASE OF AN EMERGENCY/CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____ Phone # / # Teléfono _____

I UNDERSTAND THAT BY PRESENTING MY CHILD AT THIS OFFICE, I GIVE CONSENT FOR EXAMINATION AND TREATMENT. I ALSO ACCEPT RESPONSIBILITY FOR PAYMENT OF ALL CHARGES RESULTING FROM SERVICES RENDERED TRHOUGH THIS OFFICE. I AUTHORIZE ACD PEDIATRIC GROUP, PA TO RELEASE ANY MEDICAL OR INCIDENTAL INFORMATION THAT MAY BE NECESSARY FOR MEDICAL PURPOSES AND/OR PROCESSING APPLICATIONS FOR FINANCIAL BENEFIT.

Signature/Firma _____ Relationship/Relacion _____ Date/Dia _____