



The person completing this form is considered to be the "Responsible Party"
La persona que rellena este formulario se considera el "Responsable"

NEWBORN INFORMATION: (For Newborns only)
What hospital was your baby born at?
Was your baby seen in the hospital by one of our doctors?
What last name did the hospital have you & your baby listed under:

PATIENT INFORMATION INFORMACION DEL PACIENTE

PATIENT NAME Nombre del Paciente
LAST NAME APELLIDO FIRST PRIMER NOMBRE MIDDLE
PATIENT # (office use only) () MALE () FEMALE DATE OF BIRTH / /
(uso de oficina) VARON HEMBRA FECHA DE NACIMIENTO

MOTHER'S INFORMATION: INFORMACION DE LA MADRE:

MOTHER'S NAME NOMBRE DE LA MADRE: SS# - -
HOME ADDRESS DOMICILIO: STREET(DIRECCION) CITY (CIUDAD) STATE (ESTADO) ZIP (CODIGO)
HOME PHONE () - CELL () - DOB / /
TELEFONO: TELÉFONO CELULAR FECHA DE NACIMIENTO
EMPLOYER EMPLEADOR: WORK PHONE () -
TELÉFONO TRABAJO

FATHER'S INFORMATION: INFORMACION DEL PADRE

FATHER'S NAME NOMBRE DEL PADRE: SS# - -
HOME ADDRESS DOMICILIO: STREET(DIRECCION) CITY (CIUDAD) STATE (ESTADO) ZIP (CODIGO)
HOME PHONE () - CELL () - DOB / /
TELEFONO: TELÉFONO CELULAR FECHA DE NACIMIENTO
EMPLOYER EMPLEADOR: WORK PHONE () -
TELÉFONO TRABAJO

PRIMARY INSURANCE NAME NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO ID# GROUP # GRUPO #
SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRIPTOR SUBSCRIBER SS# - -
DOB / / EMPLOYER EMPLEADOR: EFF DATE FECHA DE VIGENCIA
FECHA DE NACIMIENTO

SECONDARY INSURANCE NAME NOMBRE SEGURO SECUNDARIO ID# GROUP # GRUPO #
SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRIPTOR SUBSCRIBER SS# - -
DOB / / EMPLOYER EMPLEADOR: EFF DATE FECHA DE VIGENCIA
FECHA DE NACIMIENTO

OTHER CHILDREN IN OUR PRACTICE: Otros niños en nuestra práctica:
(Name - Fecha de Nacimiento) Name ACCOUNT # DOB / /
Name ACCOUNT # DOB / /
Name ACCOUNT # DOB / /
Name ACCOUNT # DOB / /

EMERGENCY CONTACTS: Contactos de emergencia:
Name Phone
Nombre Telefono

ASSIGNMENT & RELEASE CONOCIMIENTO DEL CONTRATO

I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to Pediatrix. I hereby authorize the release of pertinent medical information to insurance carriers. I understand that all charges for professional services here at Pediatrix are my financial responsibility regardless of whatever insurance coverage that I might have. Yo autorizo a mi compañía de seguro que le pague directamente a Pediatrix. Yo autorizo que se le de informacion medica pertinente a compañías de seguro. Yo comprendo que todos los cobros por servicios profesionales son mi responsabilidad, a pesar de tener cobertura de seguro.

Responsible Party Name: Date:
Responsable Nombre: Fecha
Signature of Responsible Party: Relationship to Patient:
Firma del responsable: Relación con el Paciente:

The person completing this form is considered to be the "Responsible Party" La persona que rellena este formulario se considera el "Responsable"