



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: _____

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

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: INFORMACIÓN DE LA MADRE:

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

ACCT # (office use only) (uso de oficina)

FATHER'S INFORMATION: INFORMACIÓN DEL PADRE

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

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

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

OTHER CHILDREN IN OUR PRACTICE: _____
Otros niños en nuestra práctica: _____ Name _____ DOB ____/____/____
(Nombre - Fecha de Nacimiento) Name _____ ACCOUNT # _____ DOB ____/____/____
Name _____ ACCOUNT # _____ DOB ____/____/____
Name _____ ACCOUNT # _____ DOB ____/____/____
Name _____ ACCOUNT # _____ DOB ____/____/____
EMERGENCY CONTACTS: _____ Name _____ Phone _____
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"