

CATAWBA PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.
PATIENT DATA 2010

ACCOUNT# _____

DATE/Fecha: _____

Child's Name

Date of Birth

Nombre Apellido:

Fecha de Nacimiento: _____

(Last Name/Apellido) (First Name / Primer Nombre) (Middle Name / Segundo Nombre)

SS#/Seguro: _____ Nickname/Apodo: _____ Sex: Male/Nino Female/Nina Race/Raza: _____

Address/Direccion: _____
(No. Street/Apt #/P. O. Box) (City) (State, ZIP)

Home Phone/Telefono: _____ County of Residence / Condado donde Recide: _____

Father's Full Name / Nombre del padre _____ Home Phone/Telefono: _____

SS#/Seguro: _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____

Address/Direccion (if different): _____

Employer / Empleo: _____ Work Phone/ Telefono del Trabajo: _____ Are calls allowed / Racibe llamadas? _____

Cell: _____ email: _____

Mother's Full Name / Nombre de la madre _____ Home Phone/Telefono: _____

SS#/Seguro: _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____

Address/Direccion (if different): _____

Employer / Empleo: _____ Work Phone/ Telefono del Trabajo: _____ Are calls allowed / Racibe llamadas? _____

Mother's Maiden Name / Segundo Nombre: _____

Cell: _____ email: _____

PERSONS TO CALL IF UNABLE TO REACH YOU / PERSONA DE LLAMAR EN CASO QUE NO ESTE

Name/Nombre: _____ Relationship / Relacion _____ Phone / Telefono: _____

Address / Direccion: _____ Cell Phone: _____

Name/Nombre: _____ Relationship / Relacion _____ Phone / Telefono: _____

Address / Direccion: _____ Cell Phone: _____

NAME OF PARENT OR GUARDIAN RESPONSIBLE FOR MEDICAL EXPENSES / NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN RESPONSIBLE POR GASTOS MEDICOS

Name/ Nombre: _____ Relationship to patient / Relacion: _____

SS#/Seguro: _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____

Address/Direccion (if different): _____

Phone/ Telefono: _____ Employer / Empleo: _____ Work Phone/ Telefono del Trabajo: _____

I hereby authorize Catawba Pediatric Associates, P.A. to furnish information concerning my child _____ to my insurance carriers, to other medical personnel to whom physicians of Catawba Pediatrics have referred my child for treatment, and to the admitting hospital should my child be admitted.

Yo autorizo a Catawba Pediatric Associates, P.A. que puede dar informacion concernientes a mi hijo/a _____ mi seguro que tengo, a otro personal medico que mi hijo sea referido por Catawba Pediatric para cualquier tratamiento, y que mi hijo sea admitido en el hospital.

Signed / Firma: _____ Relationship / Relacion: _____ Date / Fecha: _____

Signed / Firma: _____ Relationship / Relacion: _____ Date / Fecha: _____

Other Family Members Who are Patients at Catawba Pediatrics - Otro miembro de la familia que sea paciente de Catawba Pediatrics

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____ Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____ Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____ Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Date and Changes in above information (i.e. new address, phone #) or explanation (i.e. "Parent separation," "child living with grandmother," etc.) cambios en esta forma debes de cambiaria aqui _____