

Patient Information - Please print clearly (Informacion de Paciente – Escriba Claro, Por Favor)

Name of Child and Siblings <i>Nombre de Nino y Hijos</i>	Date of Birth <i>Fecha De Nacimiento</i>	Sex <i>Sexo</i>
	-	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	-	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	-	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	-	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	-	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Address and Contact Information (Informacion de Direccion y Telefono)

Address <i>Direccion</i>	Apt / Unit #	City <i>Ciudad</i>
State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Zona Postal</i>	Home Phone <i>Telefono de Casa</i>
		Mobile Phone <i>Telefono Celular</i>

MAY WE COMMUNICATE MEDICAL/BILLING INFORMATION VIA TEXT MESSAGE?	YES	NO
LE PODEMOS COMUNICAR INFORMACIÓN MEDICA Y FACTURACIÓN VIA TEXTO	SI	NO

Parent / Responsible Party Information (Informacion De Padres O Persona De Responsable)

Father's Name <i>Nombre de Padre</i>	Social Security <i>Numero de Seguro Social</i>
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Occupation <i>Ocupacion</i>
Employer <i>Nombre del lugar de Empleo</i>	Work Phone <i>Telefono del lugar de empleo</i>
Mother's Name <i>Nombre de Madre</i>	Social Security <i>Numero de Seguro Social</i>
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Occupation <i>Ocupacion</i>
Employer <i>Nombre del lugar de Empleo</i>	Work Phone <i>Telefono del lugar de empleo</i>
Marital Status <i>Estado Marital</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Casado</i> <input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado</i> <input type="checkbox"/> Separated <i>Seperado</i> <input type="checkbox"/> Single <i>Soltero</i>

Nearest Friend (Not living with you) <i>Aimgo Cercano (Que no vive con usted)</i>	Phone <i>Telefono</i>
Nearest Relative (Not living with you) <i>Pariente Cercano (Que no vive con usted)</i>	Phone <i>Telefono</i>

Insurance Information – Please bring cards to window for copies (Informacion De Aseguranza – Por favor, lleva tarjeta seguro a ventana para copias)

Father's Insurance <i>Aseguranza del Padre</i>	Effective Date <i>Fecha de Efectiva</i>	<input type="checkbox"/> Primary <i>Primaria</i>	<input type="checkbox"/> Secondary <i>Secundaria</i>
Claims Address <i>Direccion de Aseguranza</i>	Telephone <i>Telefono</i>		
Policy Number or SSN # <i>Numero poliza o SSN #</i>	Group Number <i>Numero del Grupo</i>		
Mother's Insurance <i>Aseguranza del Madre</i>	Effective Date <i>Fecha de Efectiva</i>	<input type="checkbox"/> Primary <i>Primaria</i>	<input type="checkbox"/> Secondary <i>Secundaria</i>
Claims Address <i>Direccion de Aseguranza</i>	Telephone <i>Telefono</i>		
Policy Number or SSN # <i>Numero poliza o SSN #</i>	Group Number <i>Numero del Grupo</i>		

Treatment Authorization

I authorize A Las Vegas Medical Group to provide any emergency care for my child named above including hospitalization, if necessary in my absence. <i>Yo autorizo a A Las Vegas Medical Group proveer cualquier cuidado de emergencia a mi-nino arriba mencionado si es necesario en mi ausencia.</i>	I authorize _____ to bring my child to A Las Vegas Medical Group for medical care. <i>Yo autorizo _____ que traiga a mi hijo(a) a A Las Vegas Medical Group para cuidado medico.</i>
Signature of Parent / Guardian <i>Firma del Padre / Guardian</i>	Signature of Parent / Guardian <i>Firma del Padre / Guardian</i>
X	X

Insurance Assignment & Medical Release (Asignacion de la Aseguranza & Aprobacion para entregar expedientes medicos)

I the undersigned, do hereby authorize my insurance carrier(s) to pay A Las Vegas Medical Group directly, the insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for any charges NOT covered by the said insurance carrier(s), including co-pay and / or deductible amounts. I also undersigned that I give my permission to A Las Vegas Medical Group to furnish any and all necessary medical records to any entity for emergencies or payment of claims.
Yo autorizo a mi aseguranza que le pague a A Las Vegas Medical directamente, los beneficios, si habra alguno que si no fueran pasados mi para servicios rindados. Yo entiendo que you estoy financieramente responsable para las cargas NO CUBIERTOS por la aseguranza, eso incluye co-pagos y o deducibles. Yo tambien le doy permiso a A Las Vegas Pediatrics para entregar todos y cualquier expediente medico a lugar necesarios en caso de emergencias o para pagos.

Date <i>Fecha</i>	Signature of Parent / Guardian <i>Firma del Padre / Guardian</i>
	X