



WELCOME TO ALLENTOWN PEDIATRIC & ADOLESCENT MEDICINE, LLP

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Masculino Femenino
Patient's Name: _____	Date of Birth: _____	Gender: Male Female
Direccion:	Ciudad:	Codigo Postal:
Address: _____	City: _____	Zip Code: _____
Telefono:	Otro Telefono:	Contato de Emergencia:
Main Phone#: _____	Alternate Phone #: _____	Emergency Contact #: _____
Correo Electronico:		
Email Address: _____		
Language Primario:	Ingles Espanol Otro	Raza
Primary Language: English Spanish Other _____	Race: _____	

Padre/Madre:	Fecha de Nacimiento:	Telefono:		
Parent: _____	Date of Birth: _____	Phone: _____		
Padre/Madre:	Fecha de Nacimiento:	Telefono:		
Parent: _____	Date of Birth: _____	Phone: _____		
Tutor Legal si no es el padre o madre: (necesita documentacion)				
Legal Guardian if not parent: (Need to provide documentation)				
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Telefono:		
Name: _____	Date of Birth: _____	Phone: _____		
Con quien vive el nino/a (favor de circular):	Ambos padre/madre	Madre	Padre	Tutor Legal
The Child lives with (please circle):	Both Parents	Mom	Dad	Legal Guardian

Informacion sobre su seguro medico: Necesitamos una copia de su tarjeta de seguro

HEALTH INSURANCE INFORMATION: We are required to have a copy of your insurance card on file

Nombre del Seguro:	Numero de Identificacion:
Name of Insurance: _____	Patient ID: _____
Nombre del Asegurado:	Numero de Grupo:
Policy Holder: _____	Group/Sequence#: _____
Nombre del Empleador:	Copago \$
Policy Holder's Employer: _____	Copay \$ _____

Farmacia: Favor de indicar el nombre y telefono de su farmacia. Eso nos ayudara a enviar las recetas a la farmacia correcta.

PHARMACY: Please provide us with the name and phone number of your pharmacy. This helps us to send your prescriptions to the correct pharmacy when a medication is ordered.

Nombre:	Telefono:
Name _____	Phone Number: _____

--OVER--

Favor de listar otros hermanos/as que son pacientes en Allentown Pediatric & Adolescent Medicine.

PLEASE LIST ANY SIBLING(S) THAT IS CURRENTLY PATIENTS OF ALLENTOWN PEDIATRIC & ADOLESCENT MEDICINE:

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento
Name: _____	Date of Birth: _____
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento
Name: _____	Date of Birth: _____
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento
Name: _____	Date of Birth: _____

Por la presente asigno pagos de beneficios medicos de cualquier servicio prestado por Allentown Pediatrics & Adolescent Medicine, LLP y comprendo que soy completamente responsable por los cargos si mi seguro no cubre incluyendo deducibles y copagos y recibire facturas como tales. Autorizo a la practica a divulgar cualquier informacion necesaria para garantizar el pago por los servicios prestados.

I hereby assign medical benefit payment of any and all services rendered by Allentown Pediatric & Adolescent Medicine, LLP and I understand that I am **fully responsible** for any charges my **policy does not cover** including deductibles and co-payments and will be personally billed for such. I authorize the practice to release any information needed to secure payment for services rendered.

NOTA: En caso de que no aparezcamos como el doctor primario en el seguro medico o si no podemos verificar la cobertura activa del seguro medico en la fecha de la visita, nos reservamos el derecho a pedir pago completo antes de recibir servicios medicos o podriamos cambiar or cancelar la cita.

NOTE: In the event we are **NOT listed as the PCP** or the office staff is not able to verify active insurance coverage on the date of your appointment, we reserve the right to ask you for payment in full to receive physician services at the time of the appointment or ask you if you want to reschedule for a later date or to cancel the appointment.

Al firmar, reconozco que toda la informacion que he proporcionado es verdadera y correcta.

By signing below, I acknowledge that all the information I have provided is true and correct.

Firma del Padre o Tutor Legal:	Fecha:
Parent or Legal Guardian Signature: _____	Date: _____
Relacion con el paciente:	
Relationship to patient: _____	

Estoy de acuerdo en reembolsar a Allentown Pediatrics & Adolescent Medicine, LLP la cuota de cualquier agencia de coleccion si yo no pago la cantidad que mi seguro medico determine como mi responsabilidad. La cuota puede ser basada en un porcentaje o un maximo de 33% de la deuda y todos gastos y costos, incluyendo honorarios de abogados y costos de corte que podemos incurrir en tales esfuerzos de coleccion. La oficina de abogados podria reportar a agencias de credito.

I agree to reimburse Allentown Pediatric & Adolescent Medicine, LLP the fee for any collection agency should I not pay what my insurance company deems is my responsibility. The fee may be based on a percentage at a maximum of 33% of the debt and all costs and expenses, including reasonable attorney fees and court costs we may incur in such collection efforts. The agency or law office may report to one or more credit reporting agencies.

Firma:	Fecha:
Signed by: _____	Date: _____

Consiento recibir, en el numero de telefono proveido a la oficina, mensaje pre-grabado automaticos, textos o llamadas a nombre de Allentown Pediatric & Adolescent Medicine, LLP. Entiendo que el consentimiento no es una compra o servicios recibidos.

I hereby consent to receive autodialed, pre-recorded or SMS Text calls from or on behalf of Allentown Pediatric & Adolescent Medicine, LLP at the telephone number provided to the office, including wireless number(s) provided. I understand that consent is not a condition of purchases or services received.

Firma:	Fecha:
Signed by: _____	Date: _____

Revised 2/8/2019

--OVER--