



Crazy About Kids Pulmonary Services, LLC

Kelvin Panesar MD, FAAP
Traci Arney MN, FNP-C, AE-C, FAANP

Informacion del Paciente

Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Tel Principal _____ Lenguaje / Idioma _____ Raza _____ Origen _____
Email _____ Pt vive con : Mama / Papa / Hijo/a Adoptivo/a / Abuelos / Hermanos
Dr. Primario _____ Tel o Direccion de Farmacia _____
Si es Hijo Adoptivo Nom del Trabajador Social _____ Num de Tel _____

Informacion de los Padres

Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento _____ Mama / Papa
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Tel de Casa _____ Trabajo _____ Cell _____

Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento _____ Mama / Papa
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Tel de Casa _____ Trabajo _____ Cell _____

Aseguranza Primaria

Nombre de la aseguranza. _____ Nom del Asegurado _____ Fecha de Nac _____ SS# _____
Poliza # _____ Grupo # _____ Empleador _____
Direccion de la aseguranza _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Aseguranza Secundaria

Nombre de la aseguranza. _____ Nom del Asegurado _____ Fecha de Nac _____ SS# _____
Poliza # _____ Groupo # _____ Empleador _____
Direccion de la aseguranza _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Contacto de Emergencia Que no viva en Casa

Nombre Completo _____ Relacion con el Paciente _____
Tel de Casa _____ Cell _____

I authorize payment of benefits to Crazy About Kids Pulmonary Services LLC for professional services rendered. This is a direct assignment of benefits of my rights and benefits under my insurance policy. I authorize the release of all medical information necessary to process my claims. I authorize direct payment of benefits from my insurance company. I understand that I am responsible for any unpaid balance for services received but not covered under my insurance policy. By also signing below, I hereby acknowledge that I have received a Notice of Privacy Policy. A separate release is required for release of copies of records. A \$75 fee will be assessed for appointments missed without a 24 hour notice .

Signature of parent/guardian _____ Date _____



Crazy About Kids Pulmonary Services

Consentimiento Para Tratar

Fecha de Hoy: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padres / tutores legal: _____

Firma de Padres / tutores legal: _____

Nombre de persona(s) autorizada(s) a traer mi hijo/a (ej. Familiar, Amistad, vecino):

Doy permiso a las persons(s) indicada(s) a traer a mi hijo/a a "CAKP" para tratamiento medico, recibir medicamentos, permitir exámenes medicos de mi parte. Entiendo que este permiso es valido hasta que avise por escrito a cesar.



Crazy About Kids Pulmonary Services

Consentimiento para Comunicación Electronica (toda la informacion será en inglés)

Doy consentimiento para electronicament recibir la siquiente informacion :

Notificación de la salud	<input type="checkbox"/>	correo eletrónico	<input type="checkbox"/>	teléfono	<input type="checkbox"/>	mensaje texto
Citas	<input type="checkbox"/>	correo eletrónico	<input type="checkbox"/>	teléfono	<input type="checkbox"/>	mensaje texto
Anuncios de la officina	<input type="checkbox"/>	correo eletrónico	<input type="checkbox"/>	teléfono	<input type="checkbox"/>	mensaje texto
Anuncios de la cuenta	<input type="checkbox"/>	correo eletrónico	<input type="checkbox"/>	teléfono	<input type="checkbox"/>	mensaje texto

El numero de telefono que prefiero es: _____

El correo electronico que prefiero es: _____

El consentimiento sera valido hasta que de consentimiento en/esonto d cambiar la informacion que e dado.

Aviso de practicas de privacidad.

Reconozco que me e recibido el aviso de practicas de privacidad. A mi solicitud recibire una copia para mis archivos.

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento del Paciente: _____

Firma de padre/tutor: _____

Fecha: _____