



286 New Brunswick Ave
Hopelawn, NJ 08861
Phone # 732-910-1312 Fax# 877-423-5835

Fecha: _____

Informacion de paciente nuevo

Informacion del paciente Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Direccion: _____	Farmacia: Nombre: _____ Codigo postal _____ Alergias a medicamentos: _____
Informacion de Madre Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / # Movil () - <input type="checkbox"/> Direccion igual a la del paciente Calle Ciudad Estado Correo: _____	Informacion de Padre Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / # Movil () - <input type="checkbox"/> Direccion igual a la del paciente Calle Ciudad Estado Correo: _____
Contacto de emergencia Nombre: _____ Relacion al paciente _____ # Movil () -	Raza/Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Todos los pacientes menores de edad deben estar acompañados por un adulto, quien es responsable de cualquier pago al momento del servicio. He leído la información anterior y por la presente autorizo el pago directamente a StarLife Pediatrics. Doy mi consentimiento para el tratamiento del niño mencionado anteriormente y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones.

Nombre

Firma

Relacion al paciente

Fecha