

Newport Children's @ Mission Medical Group

Ph. 949-364-8700 *Fax 949-365-1011

26800 Crown Valley Pkwy * Suite 510 * Mission Viejo, CA 92691

PLEASE COMPLETE ENTIRE FORM

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO COMPLETO

Date/Fecha _____

Patient/Paciente: _____ Age/Edad: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____ Gender/Genero: _____

Home Address/Direccion de casa: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Codigo Postal: _____ Phone/Telefono: _____

SSN/Seguro Social: _____

Fathers Name/Nombre del Padre: _____ Mothers Name/Nombre de Mama: _____

Married/Casado Single/Soltero Divorce/Divorcio Widow/Viudo Married/Casada Single/Soltera Divorce/Divorcio Widow/Viuda

DOB/Fecha de Nacimiento: _____ SSN/Seguro Social: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____ SSN/Seguro Social _____

Email: _____

Email: _____

Phone/telefono: _____

Phone/Telefono: _____

Emergency Contact/Contacto de Emergencia:

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

City/Ciudad _____ State/Estado _____

Insurance info/Informacion del Seguro:

Company/Compania: _____ Subscribers name/Nombre de Suscriptores: _____

DOB/Fecha de Nacimiento: _____ Subscribers ID#/Suscriptores numero ID: _____ Group/Grupo: _____

Please list other Children/Por favor enumere a otros ninos:

DOB/Fecha de Nacimiento:

Please list authorized individuals who can give medical consent in your absence (including medical office services, Etc.)

Por Favor enumere a las personas autorizadas que pueden dar su consentimiento medico, incluyendo servicios de consultorios.

Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Payments for services are due at the time of service. A \$10.00 fee will be charged if we have to bill you for your co-pay. Payments can be made by cash or by credit card. We only bill insurance companies we are a provider of. It is necessary that you supply an insurance card at the time of visit. If you do not have one, payment will be made at the time of service and you will be supplied with a super bill so that you may bill your insurance company All charges incurred are the financial responsibility of the undersigned regardless of insurance coverage, child support and/or other agreements or arrangements. A monthly finance charge of .83% may be added to unpaid balances after 30 days. (10%) additional fees for after hours, walk-ins, weekends, etc., may be applicable and fees are subject to charge at any time without prior notification.

Los pagos por servicios se deben realizar en el momento del servicio. Se cobrará una tarifa de \$10.00 si tenemos que facturarle su copago. Los pagos se pueden realizar en efectivo o con tarjeta de crédito. Solo facturamos a las compañías de seguros de las que somos proveedores. Es necesario que usted proporcione una tarjeta de seguro en el momento de la visita. Si usted no tiene uno, el pago se realizará en el momento del servicio y se le proporcionará una súper factura para que pueda facturar a su compañía de seguros Todos los cargos incurridos son responsabilidad financiera de los abajo firmantes, independientemente de la cobertura del seguro, manutención de niños y/ u otros acuerdos o arreglos. Un cargo mensual de finanzas de .83% puede ser añadido a los saldos impagados después de 30 días. (10%) pueden aplicarse cargos adicionales por horas, walk-ins, fines de semana, etc., y las tarifas están sujetas a cargos en cualquier momento sin notificación previa.

Signature of parents/Firma de padres

Print name/Nombre de padres

Date/Fecha