

Inland Empire



Children's Medical Group

7101 Magnolia Avenue, Suite A • Riverside, CA 92504

Office (951) 682-9780 • Fax (951) 682-9787

www.iecmg.org

Nombre: _____ Niño Niña Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono: (____) _____ Celular: (____) _____ SS#: _____

Vemos Aqui Sus Otros Hijos? _____

Nombre Del Padre: _____ Licencia de Manejar: _____

SS#: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Trabajo Del Padre: _____ Domicilio Del Trabajo: _____

Ocupacion: _____ Telefono:(____) _____

Nombre De La Madre: _____ Licencia de Manejar: _____

SS#: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Trabajo De La Madres: _____ Domicilio Del Trabajo: _____

Ocupacion: _____ Telefono:(____) _____

Persona Responsable Del Pago: _____

Pariente O Amigo (No viviendo con ud.)

Nombre: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Aseguranza Primaria: _____ # Del Grupo _____

El Asegurado: _____

Los Padres Del Paciente Son Responsables De Pagar Por Toda La Cuenta Si La Aseguranza No

Quiere pagar por las consultas. Es costumario de pagar por los servicios el mismo dia de.

LA CONSULTA. SI UN CHEQUE SE REGRESA, USTED ES RESPONSIBLE DE PAGAR LA CUENTA MAS \$20.00.

Yo afirmo que he leído todo lo que esta escrito acerca de los honorarios y estoy de acuerdo con los terminos y condiciones aqui escritos.

Firma: _____ Fecha: _____

Yo doy permiso para darle a la aseguranza qualquier infomacion necesaria para procesar el reclamo de pago por la aseguranza.

Firma: _____ Fecha: _____

Yo le doy permiso a la aseguranza de pagarle a este doctor.

Firma: _____ Fecha: _____

