

## FORMA DE REGISTRACION

**Advanced Pediatrics P.C.**  
 Gonzalo Sabogal M.D./ Wilfredo Lao M.D.

Elmhurst N.Y. 11373

Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Sexo: Femenino o Masculino

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contact de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

\*Correo electronico: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Asignación y Liberación  
 Por este medio autorizo al Dr. Lao o Dr. Sabogal para examinar a mi hijo/hija.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Guardián Fecha

Yo, el asegurado, tengo cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y asignado directamente a Dr. Lao/ Dr. Sabogal la totalidad de las prestaciones médicas, si cualquier otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo/a a los médicos liberar toda información necesaria para asegurar los beneficios de pago. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Guardián Fecha