

Javed I. Bangash, M.D., F.A.A.P.

Virginia P. Luces, M.D., F.A.A.P.

PATIENT REGISTRATION FORM

Mother's Name/ *Nombre de Madre*

Social Security #/ *No. de Seguro Social*

Father's Name/ *Nombre de Padre*

Social Security #/ *No. de Seguro Social*

Address/ *Domicilio*

Phone/ *No. de Teléfono:*

Cellular / *No. de Celular:*

City/ *Ciudad* State/ *Estado* Zip/Código Postal

Work Number/ *No. de Trabajo:*

E-mail/*Correo Electrónico:*

Emergency Contact/

Contacto de Emergencia: _____ Phone #/ *No. de Teléfono:* _____

Referred By/Enviado(a) por:

- Insurance/*Seguro* Friend/*Amigo(a)* Est. Family/*Familia Establecida* Hospital Phone Book/*Libro de Teléfono* Other/*Otro:* _____

Family Member Information/ Información de Miembros de Familia:

<i>All Children's Names/ Nombre de Todos los Niños</i>	<i>DOB/ Fecha de Nacimiento</i>	<i>Sex/Sexo</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Insurance Information/ Información de Seguro: (MUST BE FILLED OUT COMPLETELY/ TENER QUE LLENAR POR COMPLETO)

Insurance Name/ *Nombre de Seguro*

Policy Holder/ *Nombre de Poséedor*

ID number/ *No. de Identificación*

Group Number/ *No. de Grupo*

Employer/ *Lugar de Trabajo*

Employer Phone #/ *No. de Empleador*

Assignment of Benefits: I authorize payment of Insurance benefits to the physician named in claims submitted on my behalf and authorize the release of my medical information necessary to process claims.

Patient Payment Agreement: I hereby agree to pay Javed I Bangash, M.D.S.C. within 60 days of the date services are rendered by above doctor for all services which have not been otherwise paid. I further agree that if not paid by delinquency date, a late payment fee or \$10.00 per month will be added to my balance. All payments will be applied to the late charge first and then the balance. The patient and/or his guarantor shall pay all collection costs including, without limitations, reasonable attorney's fee, court costs and collection fees should account be turned over to a collection agency. **I understand there will be a \$35.00 fee for failing to notify the office of a cancellation within 24 hours of my appointment time and agree to pay for those charges.**

Asignación de Beneficios: Autorizo el pago de beneficios de seguro al medico nombrado en reclamos presentados por mi parte y le autorizo a la oficina que comparta mi información medica necesaria para procesar reclamos.

Acuerdo de Pago de Paciente: Acepto pagar el balance a Javed I Bangash, M.D.S.C. dentro de 60 dias de la fecha en que servicios fueron dados, que el seguro no page. Estoy de acuerdo en que si el balance no es pagado dentro los 60 dias, un cobro de \$10.00 por mes sera añadido a mi cuenta. Todos pagos recibidos seran aplicados a los cargos adicionales primero y después el balance. El paciente y/o su padre pagaran todos los gastos de colección incluyendo, si limitaciones, los cargos razonables del abogado y cargos de corte. Cargos de colección seran mandados a una agencia de colección. **Entiendo que habra un cargo de \$35.00 for no avisar dentro por lo menos 24 horas en cancelando citas and acepto pagar por estos cargos.**

Parent or Guarantor Signature/ *Firma de Padre:* _____ Date/ *Fecha:* _____

Family History/ Historia de Familia:

Allergies/Alergias: No___ Yes/ Sí___ Explain/ Explique_____
Tuberculosis: No___ Yes/ Sí___ Explain/ Explique_____
Diabetes: No___ Yes/ Sí___ Explain/ Explique_____
Heart Disease/ Enfermedad de Corazón: No___ Yes/ Sí___ Explain/ Explique_____
Asthma/ Asma: No___ Yes/ Sí___ Explain/ Explique_____
Other/ Otro: No___ Yes/ Sí___ Explain/ Explique_____

Patient History/ Historia de Paciente:

1st Child's Name/ Nombre de Primer Niño(a)

DOB/ Fecha de Nacimiento

Birth History/ Historia de Parto

Term/Duración de Embarazo_____
Weight/ Peso_____
Height/ Altura_____
Apgar Scores/ No. de Apgar_____
Any Problems/ Algún Problema? No___ Yes/ Sí___
Explain/ Explique_____

Illness History/ Historia de Enfermedad

Allergies/Alergias: No___ Yes/ Sí___
Tuberculosis: No___ Yes/ Sí___
Diabetes: No___ Yes/ Sí___
Heart Disease/ Enfermedad de Corazón: No___ Yes/ Sí___
Asthma/ Asma: No___ Yes/ Sí___
Other/ Otro: No___ Yes/ Sí___

Is Child up to date with immunizations/ Está el(la) niño(a) al corriente con sus vacunas? No___ Yes/ Sí___

2nd Child's Name/ Nombre de Segundo Niño(a)

DOB/ Fecha de Nacimiento

Birth History/ Historia de Parto

Term/Duración de Embarazo_____
Weight/ Peso_____
Height/ Altura_____
Apgar Scores/ No. de Apgar_____
Any Problems/ Algún Problema? No___ Yes/ Sí___
Explain/ Explique_____

Illness History/ Historia de Enfermedad

Allergies/Alergias: No___ Yes/ Sí___
Tuberculosis: No___ Yes/ Sí___
Diabetes: No___ Yes/ Sí___
Heart Disease/ Enfermedad de Corazón: No___ Yes/ Sí___
Asthma/ Asma: No___ Yes/ Sí___
Other/ Otro: No___ Yes/ Sí___

Is Child up to date with immunizations/ Está el(la) niño(a) al corriente con sus vacunas? No___ Yes/ Sí___

3rd Child's Name/ Nombre de Tercer Niño(a)

DOB/ Fecha de Nacimiento

Birth History/ Historia de Parto

Term/Duración de Embarazo_____
Weight/ Peso_____
Height/ Altura_____
Apgar Scores/ No. de Apgar_____
Any Problems/ Algún Problema? No___ Yes/ Sí___
Explain/ Explique_____

Illness History/ Historia de Enfermedad

Allergies/Alergias: No___ Yes/ Sí___
Tuberculosis: No___ Yes/ Sí___
Diabetes: No___ Yes/ Sí___
Heart Disease/ Enfermedad de Corazón: No___ Yes/ Sí___
Asthma/ Asma: No___ Yes/ Sí___
Other/ Otro: No___ Yes/ Sí___

Is Child up to date with immunizations/ Está el(la) niño(a) al corriente con sus vacunas? No___ Yes/ Sí___