PATIENT REGISTRATION

TODAY'S DATE: _____

PATIENT'S FULL NAME: _____ (Last) _____ (First) _____ (Middle)

❑ FEMALE ❑ MALE SSN #: _____ DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____

MAILING ADDRESS: _____

RESIDENCE ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE **FLORIDA** ZIP: _____

HOME PHONE#: _____ CELL PHONE#: _____ EMAIL: _____

PREFERRED METHOD OF CONTACT: ❑ HOME PHONE ❑ CELL PHONE ❑ EMAIL

GUARANTOR INFORMATION

MOTHER'S FULL NAME: _____ (Last) _____ (First) _____ (Middle) DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____

GUARDIAN (if applicable): _____

SOCIAL SECURITY #: _____ EMPLOYER: _____

EMPLOYER'S ADDRESS: _____ WORK TEL#: _____

FATHER'S FULL NAME: _____ (Last) _____ (First) _____ (Middle) DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____

SOCIAL SECURITY #: _____ EMPLOYER: _____

EMPLOYER'S ADDRESS: _____ WORK TEL#: _____

PARENT'S MARITAL STATUS: Check One - ❑ Married ❑ Divorced ❑ Single ❑ Separated ❑ Widowed

EMERGENCY CONTACT: _____ (Last) _____ (First) TEL #: _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____

INSURANCE AND BILLING INFORMATION

- **IN AN EFFORT TO KEEP OUR BILLING COST AND OFFICE FEES TO A MINIMUM, PAYMENT IS REQUIRED AT THE TIME OF SERVICE - Unless Prior Arrangements Have Been Made.**
- **PLEASE PROVIDE FRONT DESK WITH PROOF OF INSURANCE & PHOTO ID (Drivers License)**

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS AND AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I HEREBY GIVE MY PERMISSION FOR THE HEALTH CARE PROFESSIONALS AT **HEARTLAND PEDIATRICS, AVON PARK PEDIATRICS AND SONNI'S PEDIATRICS** TO RENDER MEDICAL TREATMENT TO MY CHILD.

I hereby authorize direct payment of surgical/medical benefits to **HEARTLAND PEDIATRICS, AVON PARK PEDIATRICS AND SONNI'S PEDIATRICS** for services rendered to him/her in person under his/her supervision. **I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR ANY BALANCE NOT COVERED BY MY INSURANCE.** Also, I hereby authorize your office to release any medical or incidental information that may be necessary for either medical care or in processing applications for financial benefits. (A photocopy of these assignments shall be valid as the original.)

PATIENT NAME (please print): _____ DATE : ____ / ____ / ____

PARENT/GUARDIAN (please print): _____ SIGNATURE: _____

Thank You For Choosing

AVON PARK PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents
Avon Park 453-7337

HEARTLAND PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents
Lake Wales 679-8888 **Lake Placid 699-1414**

SONNI'S PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents
Wauchula 767-1616

PATIENT DEMOGRAPHICS INFORMATION

PLEASE COMPLETE THIS FORM TO HELP US UPDATE OUR DEMOGRAPHICS INFORMATION

PREFERRED LANGUAGE

- ❑ English
- ❑ Spanish
- ❑ Other

RACE (check only one)

- ❑ American Indian or Alaska Native
- ❑ Asian
- ❑ Black or African American
- ❑ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ❑ White
- ❑ Other

ETHNICITY (check one only)

- ❑ Not Hispanic or Latino
- ❑ Hispanic or Latino
- ❑ Declined

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Thank You For Choosing

AVON PARK PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents

Avon Park
453-7337

HEARTLAND PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents

Lake Wales
679-8888

Lake Placid
699-1414

SONNI'S PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents

Wauchula
767-1616

INFORMACIÓN DEMOGRAFICA

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE COMPLETO: _____
Apellido Nombre Inicial

❑ NIÑA ❑ NIÑO SS#: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION RESIDENCIAL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: FLORIDA CODIGO DE AREA: _____

TELEFONO CASA: _____ CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

MODO DE CONTACTO PREFERIDO: ❑ TELEFONO CASA ❑ CELULAR ❑ CORREO ELECTRONICO

INFORMACIÓN DEL GUARDIAN

MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
Apellido Nombre Inicial

GUARDIAN (si aplica): _____

SEGURO SOCIAL: _____ EMPLEADOR O PATRONO: _____

DIRECCION DE EMPLEO: _____ TELEFONO DEL TRABAJO#: _____

PADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
Apellido Nombre Inicial

SEGURO SOCIAL: _____ EMPLEADOR O PATRONO: _____

DIRECCION DE EMPLEO: _____ TELEFONO DEL TRABAJO#: _____

ESTADO CIVIL: Marque uno - ❑ CASADO ❑ DIVORCIADO ❑ SOLTERO ❑ SEPARADO ❑ VIUDO

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____
Apellido Nombre

RELACIÓN DEL NIÑO: _____

ASEGURANSA / PLAN MEDICO

- **Para poder mantener nuestros costos bajos y cobrarle lo menos que podamos su pago es requerido en el momento de servicio, a menos que otros arreglos se hagan hecho con prioridad.**
- **Favor de proveernos con la tarjeta del plan medico y con una identificacion con foto. (Licencia de conducir)**

Autorización para recibir pagos de su plan médico y para enviar copias de su expediente al plan médico

Autorizo a los profesionales de salud de Heartland Pediatrics, Avon Park Pediatrics y Sonni's Pediatrics a dar tratamiento completo a mi hijo/a.

Autorizo a recibir pago directo de mi plan médico de tratamiento de cirugia y beneficios médicos de Heartland Pediatrics, Avon Park Pediatrics y Sonni's Pediatrics, por servicios rendidos a mi hijo/a en persona bajo nuestra supervisión. Entiendo que soy responsable por cualquier balance no cubierto por mi plan medico. Támbien autorizo a su oficina a enviar copias del expediente ya sea médico ó información incidental que sea necesaria para el tratamiento médico ó para procesar aplicaciones para beneficios de salud y/o financiera. (una fotocopia de esta será valida como original.)

NOMBRE DEL PACIENTE (imprimir): _____ FECHA : _____ / _____ / _____

PADRE/GUARDIAN (imprimir): _____ FIRMA: _____

Gracias por Escojer a

AVON PARK PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents

HEARTLAND PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents

SONNI'S PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents

Avon Park
453-7337

Lake Wales
679-8888

Lake Placid
699-1414

Wauchula
767-1616

Informacion Demografica del Paciente

Favor de completar esta forma para ayudarnos a actualizar su informacion demografica

IDIOMA PREFERIDO

- ❑ Ingles
- ❑ Español
- ❑ Otro

RAZA (marca todos los que aplican)

- ❑ Indio Americano ó Nativo de Alaska
- ❑ Asiatico
- ❑ Negro ó Afro Americano
- ❑ Nativos de Hawai ó otros Isleños del pacifico
- ❑ Blanco
- ❑ Otro

LA ETNICIDAD (marca solo uno)

- ❑ No Hispano ó Latino
- ❑ Hispano ó Latino
  - ❑ De que pais es? _____
- ❑ Otro: _____

Nombre Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma Padres/Guardian: _____ Fecha de hoy: _____

Gracias por Escojer a

AVON PARK PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents
Avon Park
453-7337

HEARTLAND PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents
Lake Wales
679-8888
Lake Placid
699-1414

SONNI'S PEDIATRICS
Newborns, Children & Adolescents
Wauchula
767-1616