



Colony Pediatric - Quntao Yu, MD, FAAP

4427 Highway 6, Suite J, Sugar Land, TX 77478

Tel: 281-565-8188

MRN: _____

Informacion de Nuevo Paciente

ALERGIA: _____

New Patient Information

Numero de farmacia: _____

Nombre: _____

SSN _____

DOB _____

Patient's Name

Apellido(Last)

Nombre (First)

Inicial (Middle)

Social Sec. No.

Fecha de nacimiento

Sexo : M F Nacionalidad: _____

Sitio de nacimiento: _____

(Sex)

Nationality

Place of Birth

Hospital

Obstetrician

Direccion: _____

Address

Numero (No.)

Calle (Street)

(Apt.)

Ciudad (City)

Estado (State)

Codigo Postal (Zip)

(E-Mail Address) Correo electronico: _____

Quien la referio: Referred by _____

Numero de telefono: Phone # _____

	Numero del celular	Numero del trabajo	Numero de la casa
Padre			
Madre			
Guardian			

Nombre del padre (fathers name): _____ fecha de nacimiento (DOB): ____/____/____ SSN _____

Numero de trabajo del padre (Father's Employer num)

Numero de licencia (Driver's Lic. #)

Nombre de madre (mother's Name): _____ fecha de nacimiento (DOB): ____/____/____ SSN _____

Numero de trabajo de la madre (Mother's Employer num)

Numero de licencia (Driver's Lic. #)

____/____/____

SSN _____

Nombre de guardian (Legal Guardian's Name)

fecha de nacimiento (DOB)

Numero de trabajo del guardian (legal guardian work num): _____

Numero de licencia (Driver's Lic. #) _____

Porfavor presente su tarjeta de seguro o de Medicaid al monstador para la verificacion.

Seguro (Insurance) _____ HMO / PPO / POS / Other _____ # de Póliza: _____

Titular de póliza: Policy Holder

Fecha de nacimiento (Birth date)

SSN#

Relacion del paciente (Relationship to Patient)

Paga Co-Pay

Ducible (Deductible, if any)

2nd seguro. _____ HMO / PPO / POS / Other _____ Group#: _____

Titular de póliza: Policy Holder

Fecha de nacimiento (Birth date)

SSN#

Relationship to Patient: Father/ Mother/ Legal Guardian

Cuantos hijos tiene: (Number of Children): _____ Nombres (Names): (First and Last)

1.) _____/____/____

2.) _____/____/____

3.) _____/____/____

4.) _____/____/____

En caso de emergencia (In Case of Emergency Notify)

Nombre (Name)

Relacion (Relationship)

Numero (Phone)

La primera visita y todas las visitas rutinarias de la oficina deben ser pagadas a la hora de servicio. Todos los menores de edad deben ser anomanipados con un adulto.

INITIAL VISIT AND ALL ROUTINE OFFICE VISIT MUST BE PAID AT TIME OF SERVICE

ALL MINORS MUST BE ACCOMPANIED BY AN ADULT

CON MI CONSENTIMIENTO YO AUTORIZO POR ESTE MEDIO, VOLUNTARIAMENTE A DR. QUNTAO YU, EL SUYO SE ASOCIAN, LAS AYUDANTES, Y OTROS ABASTECEDORES RELACIONADOS DE HEALTHCARE PARA REALIZAR LA DIAGNOSIS, TRATAMIENTO Y VACUNAS CREIDA PARA SER NECESARIOS EN MI HIJO MIENTRAS MI HIJO ES UN PACIENTE DEL DR. YU, O HASTA QUE RETIRE MI CONSENTIMIENTO. YO AUTORIZO EL LANZAMIENTO DE CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIOA PARA LA REMISION DEL ESPECIALISTA, EL PROCESO DE DEMANDAS, Y EL PAGO PRONTO DE TODOS LOS EQUILIBRIOS SI NO UNA DEMANDA DE SEGURO TENIA O SERA ARCHIVADO.

I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPPA) OF COLONY PEDIATRIC. I HEREBY, VOLUNTARILY CONSENT AND AUTHORIZE DR. QUNTAO YU, HIS ASSOCIATES, ASSISTANTS, OR OTHER RELATED HEALTHCARE PROVIDERS TO PERFORM DIAGNOSIS, TREATMENT/VACCINATION BELIEVED TO BE NECESSARY ON MY CHILD AS LONG AS MY CHILD IS A PATIENT OF DR. YU'S, OR UNTIL I WITHDRAW MY CONSENT. I FURTHER AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY MEDICAL INFORMATION NECESSARY FOR SPECIALIST REFERRAL, PROCESS THIS CLAIM, AND REQUEST PAYMENT OF INSURANCE AND/OR MEDICAID BENEFITS TO QUNTAO YU, MD. I UNDERSTAND THAT I AM FULLY RESPONSIBLE FOR PROMPT PAYMENT OF ALL BALANCES WHETHER OR NOT AN INSURANCE CLAIM HAS OR WILL BE FILED.

Firma (Legal Guardian Signature): _____ Relacion (Relation): _____ Fecha (Date): ____/____/____