

Board Certified, Pediatric Cardiology
 W. Pennock Laird, M.D.
 W. Pennock Laird, II, M.D.
 Tracy H. Laird, M.D.
 Amit Verma, M.D.
 Michael Day, M.D.
 Christine Glasow, M.D.
 Maria Yates, M.D.
 Clarisa Garcia M.D.

Pediatric Cardiology Associates of Houston

Acct# _____
 Doctor _____
 D.O.S. _____

Patient Registration Form

Please fill in every blank.

Patient	Last Name	First	Middle	Date of birth	Gender (circle) M F	Social Security #
	Address	Apt. #	City	State	Zip Code	
	Home Phone	Pediatrician/Referring Doctor		Address	Doctor Phone	

Responsible Party	Mother Last Name	First	Middle	Home Phone	Social Security #		
	Address	Apt. #	City	State	Zip Code	Date of Birth	
	Employer Name/Address		Work Phone		Cell Phone	E-Mail Address	
	Father Last Name	First	Middle	Home Phone	Social Security #		
	Address	Apt. #	City	State	Zip Code	Date of Birth	
	Employer Name/Address		Work Phone		Cell Phone	E-Mail Address	

Insurance	Primary Insured's Name	Address (if different from above)		Social Security #	Date of Birth	
	Insurance Company	Phone Number	Policy Number	Group Number	Relation to Patient	

Other	Emergency Contact	Home phone	Cell phone	Relationship
	Preferred Pharmacy Name	Address		Phone

Authorized Signature: I authorize the release of any medical or other information necessary to process claims. I also request payment of medical benefits to the assigned physician for services rendered. I understand that submittal of a claim is not a guarantee of payment and that I am financially responsible for all charges on this account.

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____

Printed Name _____

Printed Name _____

Board Certified, Pediatric Cardiology
 W. Pennock Laird, M.D.
 W. Pennock Laird, II, M.D.
 Tracy H. Laird, M.D.
 Amit Verma, M.D.
 Michael Day, M.D.
 Christine Glasow, M.D.
 Clarisa Garcia, M.D.
 Maria Yates, M.D.

Pediatric Cardiology Associates of Houston

Acct# _____

Doctor _____

D.O.S. _____

Forma de Registración Paciente

Llene la hoja completamente.

Paciente	Apellido	Primer nombre	Medio nombre	Nacimiento	Sexo M F	Seguro Social
	Domicilio	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	
	Número de teléfono	Pediatra y dirección			Teléfono del pediatra	

Responsable por el paciente	Apellido (madre)	Primer nombre	Medio nombre	Número de teléfono	Seguro Social	
	Domicilio	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento
	Lugar de empleo y dirección	Teléfono de empleo		Teléfono celular	E-Mail	
	Apellido (padre)	Primer nombre	Medio nombre	Número de teléfono	Seguro social	
	Domicilio	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento
	Lugar de empleo y dirección	Teléfono de empleo		Teléfono celular	E-Mail	

Aseguranza	Nombre de suscriptor	Dirección (si diferente de arriba)		Seguro social	Fecha de nacimiento
	Compañía de aseguranza	Número de teléfono	Poliza	Grupo	Relación

Otro	Nombre y número de teléfono de una persona en caso de una emergencia			Teléfono celular	Relación
	Nombre de farmacia preferido		Dirección		Teléfono

Yo autorizo el uso de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos. Pido también que se le pague al doctor asignado por medio de beneficio medico los servicios rendidos. Yo entiendo que al sumeter el reclamo no es garantía de pago, y yo soy responsable por todos los cargos en esta cuenta.

 Firma

 Fecha

 Firma

 Fecha

 Nombre en molde

 Nombre en molde