



WATCHUNG

PEDIATRICS

www.watchungpediatrics.com



Andrea Katz MD, FAAP
Bonita Gillard MD, FAAP
Sarah Kramer MD, FAAP
Jeffrey MD, FAAP
Kathleen Dempsey MSN, APN
Susan Korb MSN, APN

Susan Barasch MD, FAAP
Donna Koward MD, FAAP
Andrea G. Ploshnick MD, FAAP
Vineetha Alias MO, FAAP
Nancy Montville MSN, APN
Jessica Haines MSN, APN
Jessica Hopkins MSN, APN

76 Stirling Road, Suite 201
Warren, NJ 07059
908-755-KIDS (5437)

225 Millburn Ave, Suite 301
Millburn, NJ 07041
973-376-PEDS (7337)

346 South Ave, Suite 3
Fanwood, NJ 07023
908-889-TOTS (8687)

Apellido: _____

Nombres de sus hijos: (Mayor a Manor)

_____	Fecha de Nacimiento: _____
_____	Fecha de Nacimiento: _____
_____	Fecha de Nacimiento: _____
_____	Fecha de Nacimiento: _____
_____	Fecha de Nacimiento: _____
_____	Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo Electrónico: (opcional) _____ Referido Por: _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, & Código Postal: _____ Teléfono #: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono del Trabajo o Celular #: _____ Seguro Social #: _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, & Código Postal: _____ Teléfono #: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono del Trabajo o Celular #: _____ Seguro Social #: _____

Parte Responsable: _____

Compañía de Seguro: _____

Identificación del Seguro#: _____

Número de Grupo: _____ Número de Plan: _____

Farmacia: _____ Teléfono #: _____

Cada visita, voy a presentar mi tarjeta de seguro. Esta es verificación Del seguro correcto y autorización para Watchun Pediatría para presentar reclamaciones médicas en mi nombre. Al firmar a continuación, reconozco esto, y lo siguiente:

1. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar todos los pagos de reclamaciones y solicitudes de beneficios a Watchung Pediatría para todos los servicios prestados.
2. Acuso recibo de Watchung Pediatría " Aviso de Privacidad".
3. Acepto la responsabilidad financiera por los cargos resultantes de las visitas a Watchung Pediatría.

Firma: _____ Fecha: _____