



**Children's  
Clinics**

*Comprehensive Care for Kids & Teens*

New Patient

Update

**Patient Information**

Patient Name (Last, First, MI)		Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth
Race	Preferred Language:	Translation Needed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Hispanic Origin? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Primary Care Physician:	Home Phone Number	Cell Phone Number
Residential Address (Street, City, State, Zip Code)			
Mailing Address (Street, City, State, Zip Code)			
Parent/Guardian/Responsible Party #1 (Last, First, MI)		Date of Birth:	Main Contact Number:
Parent/Guardian/Responsible Party #2 (Last, First, MI)		Date of Birth:	Main Contact Number:
Emergency Contact Name		Emergency Contact Phone	
Emergency Contact Address		Relationship to Patient:	

**Health Insurance**

<b>Primary</b> Insurance Company	ID #	Group #
Name of Insured	Insured's Date of Birth	Relationship to Patient
Claims Filing Address	City, State, Zip	
<b>Secondary</b> Insurance Company	ID #	Group #
Name of Insured	Insured's Date of Birth	Relationship to Patient
Claims Filing Address	City, State, Zip	

**Assignment of Benefits**

I hereby assign all medical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled, I hereby authorize and direct my insurance carrier(s), including Medicare and/or Medicaid (AHCCCS) to issue payment check(s) directly to Children's Clinics for Rehabilitative Services for medical services rendered to myself and/or my dependents. I also agree to forward any insurance payment I receive directly for services provided through Children's Clinics for Rehabilitation Services. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance.

I certify that I have read this agreement, received a copy, and am authorized to act for the patient as his/her parent/guardian to accept and carry out these terms, conditions and authorizations.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



**Children's  
Clinics**

*Comprehensive Care for Kids & Teens*

Paciente nuevo   
Actualización

**Información del paciente**

Nombre del paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento
Raza	Idioma preferida:	Necesita traducción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Médico de cuidados primarios	Número de teléfono del hogar	Número de teléfono celular
Dirección residencial (Calle, ciudad, estado, código postal)			
Dirección postal (Calle, ciudad, estado, código postal)			
Padre/Tutor legal/Parte responsable No. 1 (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		Fecha de nacimiento:	Número de contacto principal:
Padre/Tutor legal/Parte responsable No. 2 (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		Fecha de nacimiento:	Número de contacto principal:
Nombre de contacto de emergencia		Teléfono de contacto de emergencia	
Dirección del contacto de emergencia		Relación con el paciente:	

**Seguro de salud**

Compañía de Seguro Principal	No. de Identificación:	No. de Grupo:
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Dirección para presentar la reclamación de seguro	Ciudad, Estado, Código Postal	
Compañía de seguro secundaria	No. de Identificación:	No. de Grupo:
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Dirección para presentar la reclamación de seguro	Ciudad, Estado, Código Postal	

**Cesión de Beneficios**

Por medio del presente documento, cedo todos los beneficios médicos, que incluyen los beneficios médicos importantes a los cuales tengo derecho; por medio del presente documento autorizo e instruyo a mi(s) proveedor(es) de seguro, incluyendo Medicare y/o Medicaid (AHCCCS) para que emitan el/los cheque(s) de pago directamente a Children's Clinics por los servicios médicos que me prestaron a mí y/o a mis dependientes. También acuerdo remitir cualquier pago que reciba directamente del seguro por los servicios prestados a través de Children's Clinics. Entiendo que soy responsable por cualquier monto que el seguro no cubra.

Certifico que he leído este acuerdo, que he recibido una copia y que tengo autorización para actuar a nombre del paciente como su padre/tutor legal, para ejecutar y aceptar estos términos, condiciones y autorizaciones.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_