

# Pediatric Cardiology Associates of Houston



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

Acct# \_\_\_\_\_  
 Doctor \_\_\_\_\_  
 D.O.S. \_\_\_\_\_

## Patient Registration Form

Please fill in every blank.

<b>Patient</b>	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	
<b>Responsible Party</b>	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	
<b>Insurance</b>	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		
<b>Other</b>	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 \_\_\_\_\_

# Pediatric Cardiology Associates of Houston



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

Acct# \_\_\_\_\_  
 Doctor \_\_\_\_\_  
 D.O.S. \_\_\_\_\_

## Forma de Registración Paciente

Llene la hoja completamente.

Paciente	Apellido	Primer nombre	Medio nombre	Nacimiento	Sexo	Seguro Social
					M F	
	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 \_\_\_\_\_