



Jean P. Makhoul, M.D., F.A.A.P., PA
 Tiziana Anello, M.D., F.A.A.P., PA
 Amanda Abou-Ezzi, M.D., F.A.A.P.
 Stacey Tavel, M.D., F.A.A.P.
 Beth Levy RPA-C

556 Eagle Rock Avenue, Ste. 106 Roseland, NJ 07866 Telephone: 973.228.9190 Fax: 973.228.0730

Patient Information

Patient's Name (Last, First): _____ **Sex:** _____ **DOB:** _____
 (Nombre del paciente (Apellido y Primer nombre)) (Sexo) (Fecha de Nacimiento)

_____ **Sex:** _____ **DOB:** _____

_____ **Sex:** _____ **DOB:** _____

_____ **Sex:** _____ **DOB:** _____

Address: _____
 (La direccion) (Street/Calle) (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip Code/Codigo)

Race/Raza: _____ **Ethnicity/Etnico:** _____ **Primary Language/Idioma Principal:** _____

_____ **Caucasian** _____ **Hispanic/Latino** _____

_____ **African American** _____ **Not Hispanic/Not Latino** _____

_____ **Hispanic** _____ **Other:** _____

_____ **Asian** _____

_____ **Other:** _____

Parent Information

Parent 1's Name: _____ (Madre/Padre Nombre)	Parent 2's Name: _____ (Madre/Padre Nombre)
Parent 1's DOB: _____ (Madre/Padre Fecha de Nacimiento)	Parent 2's DOB: _____ (Madre/Padre Fecha de Nacimiento)
Parent 1's SS#: _____ (Madre/Padre Número de Seguridad Social)	Parent 12's SS#: _____ (Madre/Padre Número de Seguridad Social)
Address: (if different from patient) _____	Address: (if different from patient) _____
Phone Number: _____ (Madre/Padre # de Telefono)	Phone Number: _____ (Madre/Padre # de Telefono)
Email: _____	Email: _____
Employer: _____ (Madre/Padre Empleador)	Employer: _____ (Madre/Padre Empleador)
Employer Phone #: _____ (Madre/Padre número de teléfono del empleador)	Employer Phone #: _____ (Madre/Padre número de teléfono del empleador)
Emergency Contact: _____ (Contacto de emergencia)	Relationship: _____ (Relación)
	Phone #: _____ (# de Telefono)

Please fill out the back
 (La Siguiente Pagina Por Favor)

Patient's Name: _____ **DOB:** _____
(Nombre del paciente) (Fecha de Nacimiento)

Pharmacy Information
(Farmacia)

Name: _____ **Location:** _____ **Phone #:** _____
(Nombre) (La Direccion) (# de Telefono)

Insurance Information

Subscriber's Name: _____ **SS#:** _____ **DOB:** _____

Insurance Company: _____ **Phone #:** _____

Address: _____

ID #: _____ **Group #:** _____

Effective Date: _____

I, _____, authorize ***Roseland Pediatrics*** to give my child reasonable and proper medical care by today's standards and release medical information for any kind of treatment, including any visits that include any form of telecommunication (ie: video or telephone) or payment operations by the office staff of Roseland Pediatrics.

Yo, _____, autorizo a Roseland Pediatrics a brindarle a mi hijo atención médica adecuada y razonable según los estándares actuales y divulgar información médica para cualquier tipo de tratamiento, incluidas las visitas que incluyen cualquier forma de telecomunicación (es decir, video o teléfono) u operaciones de pago por parte de la oficina personal de Roseland Pediatrics.

Signature of Parent or Legal Guardian

Date

I acknowledge receipt of HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) Notice of Privacy Practices that became effective April 14, 2003.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPPA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) que entró en vigencia el 14 de abril de 2003.

Signature of Parent or Legal Guardian

Date