



1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
 652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
 171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
 1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
 330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
 550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
 666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
 3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
 2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
 381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908) 688-8007

### Cesión de Beneficios del Seguro

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios quirúrgicos/médicos a My Whole Child Pediatrics por los servicios prestados. Entiendo que puedo ser financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Por la presente autorizo a My Whole Child Pediatrics y sus afiliados, sus empleados y agentes, a usar y divulgar información de salud protegida (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamos y servicios de atención médica brindados o que se me brindarán y que identifica mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) con el fin de ayudarme a resolver reclamos y problemas de cobertura de beneficios de salud. Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información divulgada a la persona u organización identificada anteriormente puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de dicha persona/organización y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

Verifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

**Tarifas de cobro:** en caso de que mi cuenta no esté pagada, seré responsable de todos y cada uno de los costos de cobro, incluidos, entre otros, una tarifa adicional del 35% si mi cuenta se envía a una agencia de cobro para su cobro. Además, entiendo que si es necesario un procedimiento legal para cobrar el monto adeudado, también seré responsable de pagar honorarios de abogado adicionales del 20 % del saldo, más los costos judiciales.

Al firmar a continuación, por la presente indico que:

1. He leído este documento de política.
2. Entiendo los términos de esta póliza y
3. Acepto los términos de esta política.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (Por favor imprima) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
 E Mail: [drmehtrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehtrotra@mwcpeds.com)  
 Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)





1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908) 688-8007

## Consentimiento para la divulgación de información de facturación, tratamiento, Uso y divulgación de información de salud para tratamiento, Pago u operaciones de atención médica

Entiendo que he traído a mi hijo para el manejo de su condición a este centro de mi testamento. Por la presente autorizo a My Whole Child a realizar el tratamiento y los servicios de gestión para mi hijo.

Entiendo que, como parte de la atención médica de mi hijo, My Whole Child genera y mantiene registros médicos que describen el historial de salud, los síntomas, los resultados de los exámenes y pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro de mi hijo.

Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi atención.
- Una herramienta para operaciones sanitarias de rutina, como evaluar la calidad de la atención y revisar la competencia de los profesionales sanitarios.

Entiendo que tengo derecho:

- Para solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar mi información de salud
- Revocar este consentimiento por escrito
- Tener una copia de esta autorización.

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios o inscripción o pago o cobertura de servicios.

Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del Miembro identificado anteriormente y proporcionaré pruebas por escrito (por ejemplo, poder, testamento vital, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del Miembro. con respecto a este formulario de autorización. Al firmar a continuación, por la presente indico que:

1. He recibido y revisado lo siguiente:  
Consentimiento para la liberación de facturación  
Política de privacidad de HIPAA  
Cesión de Beneficios del Seguro
2. Entiendo los términos de estos formularios de póliza.
3. Acepto los términos de estos documentos.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (Por favor imprima) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
E Mail: [drmehrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehrotra@mwcpeds.com)  
Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)





1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908) 688-8007

## Políticas de la oficina

**Formulario escolar/Documentos deportivos/Otros formularios:** Se cobrará un cargo de \$10 por cada documento completado. Intentaremos completar los documentos de manera oportuna, pero el tiempo para completarlos dependerá de la disponibilidad del personal y sus restricciones de tiempo.

**Grabación de video/audio de la visita:** My Whole Child Pediatrics NO permite ningún tipo de grabación de la visita al consultorio bajo ninguna circunstancia.

**Visitas solo para vacunas:** no serán atendidas por el médico y se programarán solo para la administración de vacunas. Si un niño necesita ser visto, esa visita se convertirá en una visita por enfermedad según la disponibilidad.

**Citas tardías:** Cualquier paciente que llegue más de 15 minutos tarde a su cita puede necesitar ser reprogramado.

**Cancelación el mismo día:** Se cobrará un cargo de \$25 a mi cuenta por la cancelación de una cita el mismo día, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el consultorio.

**Tarifas de cobranza:** En caso de que mi cuenta no se pague, seré responsable de todos los costos de cobranza, incluidos, entre otros, un cargo adicional del 35 % si mi cuenta se envía a una agencia de cobranza para su cobro. Además, comprendo que, si es necesario iniciar un proceso legal para cobrar el monto adeudado, también seré responsable de pagar honorarios adicionales de abogados por el 20 % del saldo, más los costos judiciales.

**Divulgación de registros:** Hay un cargo de \$20 por la divulgación de registros (incluye cargos por copia y envío). Los registros se pueden descargar de forma gratuita desde el Portal del paciente.

Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del Miembro identificado anteriormente y proporcionaré pruebas por escrito (por ejemplo, poder, testamento vital, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del Miembro. con respecto a este formulario de autorización. Al firmar a continuación, por la presente indico que:

He recibido y revisado lo siguiente:

1. Consentimiento para la liberación de facturación
2. Política de privacidad de HIPAA

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
E Mail: [drmehrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehrotra@mwcpeds.com)  
Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)





1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
 652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
 171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
 1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
 330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
 550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
 666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
 3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
 2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
 381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908) 688-8007

3. Cesión de Beneficios del Seguro
4. Entiendo los términos de estos formularios de póliza.
5. Acepto los términos de estos documentos.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
 Padre/Tutor (Por favor imprima) \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

## Atención preventiva

### Qué es la atención preventiva?

Evaluación de su estado de salud actual cuando no tiene síntomas

### Qué NO es la atención preventiva?

Tratamiento de afecciones de salud específicas, atención continua, análisis de laboratorio u otras pruebas necesarias para controlar o tratar una afección médica

### Se pueden generar cargos adicionales por:

1. Preguntas que los pacientes plantean sobre un problema de salud no revelado previamente durante una visita programada como preventiva
2. Un problema de salud que un médico descubre durante la visita preventiva

## Consentimiento para atención preventiva

Estimadas familias,

Cuando enviamos facturas médicas a las compañías de seguros, debemos utilizar la codificación de procedimientos actual estándar (CPT) como parte del Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica de los EE. UU. Estos códigos se utilizan para comunicar a su seguro lo que sucedió durante su visita al consultorio.

Las visitas de control de rutina para niños sanos **incluyen:**

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
 E Mail: [drmehrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehrotra@mwcpeds.com)  
 Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)





1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
 652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
 171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
 1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
 330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
 550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
 666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
 3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
 2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
 381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908)688-8007

- Revisión y control del crecimiento y el desarrollo
- Revisión de la historia clínica y exámenes de salud
- Examen físico completo de todo el cuerpo que incluya las áreas privadas
- Vacunas

Las pruebas de diagnóstico y detección de rutina, que pueden estar cubiertas o no por su seguro y pueden requerir que usted las pague por separado, incluyen:

- Examen de la vista
- Examen de audición
- Examen de anemia
- Examen de colesterol
- Examen de desarrollo
- Examen de conducta y salud mental

Algunas muestras se envían a varios laboratorios externos, como análisis de plomo, cultivos de garganta y análisis de orina, y el laboratorio de procesamiento puede enviarle una factura por separado si la prueba no está cubierta por su compañía de seguros.

### Consentimiento para atención preventiva

Las inquietudes adicionales que no están incluidas en la atención de rutina y que pueden generar un cargo por visita al consultorio y un copago por separado son:

TDAH o problemas de conducta en la escuela

- Ansiedad y depresión
- Asma y alergias
- Dolor de espalda u otros dolores o lesiones crónicas
- Fiebre, sinusitis, tos, faringitis estreptocócica, infección de oído, diarrea, etc.
- Tratamiento de verrugas
- Pérdida de peso
- Eczema
- Acné
- Cambios de medicación u
- Otras conversaciones sobre atención no preventiva

He leído y comprendido la información anterior y doy mi consentimiento para los procedimientos de la visita.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Padre/tutor (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
 E Mail: [drmehrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehrotra@mwcpeds.com)  
 Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)





1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908) 688-8007

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

### Política de llamadas fuera del horario laboral

Por la presente autorizo a My Whole Child Pediatrics a facturar a mi cuenta \$10 por llamada realizada fuera del horario de atención para buscar asesoramiento médico de la enfermera de triage del centro de atención telefónica. Entiendo que mi compañía de seguros será facturada por esa llamada y que algunas compañías de seguros no cubren dichos servicios. Entiendo que seré responsable financieramente de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Por la presente autorizo a My Whole Child Pediatrics a divulgar cualquier información médica o incidental a la compañía de seguros que pueda ser necesaria para procesar los beneficios financieros. Autorizo la divulgación de todos los registros a pedido y autorizo que se realicen los beneficios en mi nombre según sea necesario. Al firmar a continuación, indico por la presente que:

- He leído este formulario de consentimiento
- Entiendo los términos de este formulario de consentimiento y
- Acepto los términos de este formulario de consentimiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Padre/tutor (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

### Política de autorización de pagos con tarjeta de crédito

Por la presente autorizo a My Whole Child Pediatrics a procesar los cargos relacionados con las visitas a mi tarjeta de crédito registrada e iniciar cualquier ajuste de crédito/débito de acuerdo con los términos establecidos en esta autorización (la "autorización").

**Fecha de pago:** Indico a My Whole Child Pediatrics que cargue mi tarjeta de crédito el día 15 del mes en que vence mi factura. Si el día 15 cae en fin de semana o feriado y no se puede cargar la tarjeta de crédito, el cargo se procesará el siguiente día hábil posible.

**Monto del pago:** Por cada pago, indico a My Whole Child Pediatrics que cargue el saldo de mi cuenta hasta un total de \$250 por transacción por mes.

**Comprobante de pago y recibo:** El comprobante de pago es el registro de mi institución financiera de los cargos realizados por My Whole Child Pediatrics. Se proporcionará un recibo si se lo solicita.

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
E Mail: [drmehrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehrotra@mwcpeds.com)  
Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)







1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
 652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
 171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
 1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
 330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
 550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
 666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
 3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
 2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
 381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908) 688-8007

**Disputas:** Certifico que no disputaré con el emisor de mi tarjeta de crédito las transacciones de pago procesadas por My Whole Child Pediatrics según mis instrucciones, siempre que las transacciones correspondan a los términos de esta autorización.

**Fondos no cobrados:** Si mi tarjeta de crédito es rechazada, comprendo que soy responsable de remitir de inmediato el monto total adeudado. Si mi tarjeta vence y/o se cancela esta autorización, soy responsable de remitir el monto total adeudado en la fecha de vencimiento y a tiempo.

**Consentimiento para almacenar:** Acepto que My Whole Child Pediatrics, sus socios externos y procesadores de pagos puedan almacenar la información de mi tarjeta de crédito con el fin de procesar transacciones según esta autorización.

**Terminación:** Puedo optar por terminar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a 652 Amboy Avenue, Edison, NJ 08837. Reconozco que My Whole Child Pediatrics debe recibir un aviso antes del primer día del mes para cancelar la autorización de pago el día 15 del mes; de lo contrario, la cancelación no entrará en vigencia hasta el día 15 del mes siguiente. Reconozco que My Whole Child Pediatrics no puede aceptar cancelaciones verbales de esta autorización.

Al firmar a continuación, indico que:

He leído este formulario de consentimiento

Entiendo los términos de este formulario de consentimiento y

Acepto los términos de este formulario de consentimiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_











Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
 E Mail: [drmehtrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehtrotra@mwcpeds.com)  
 Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)





- 1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854:  (732) 819-8800
- 652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837:  (732) 738-1341
- 171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202:  (908) 289-2239
- 1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902:  (732) 398-0900
- 330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901:  (732) 545-9878
- 550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306:  (201) 963-2320
- 666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536:  (609) 750-1521
- 3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857:  (732) 679-8200
- 2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087:  (201) 865-6750
- 381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083:  (908)688-8007

## FORMULARIO DE REGISTRACION

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre y Dirección (Si es diferente de la arriba mencionada): \_\_\_\_\_

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
 E Mail: [drmethrotra@mwcpeds.com](mailto:drmethrotra@mwcpeds.com)  
 Fax: (732) 819-8801

**[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)**







1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: (732) 819-8800  
 652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: (732) 738-1341  
 171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: (908) 289-2239  
 1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: (732) 398-0900  
 330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: (732) 545-9878  
 550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: (201) 963-2320  
 666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: (609) 750-1521  
 3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: (732) 679-8200  
 2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: (201) 865-6750  
 381 Chestnut Street, #4, Union, NJ 07083: (908)688-8007

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre Y Dirección (Si es diferente de la arriba mencionada):  
 \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de preferencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de preferencia: \_\_\_\_\_

Nombre y relación de la persona responsable por algún balance: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro Médico y Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Efectividad: \_\_\_\_\_

Administrador de la Oficina del Trabajo  
 \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de nosotros? \_\_\_\_\_

**Para Uso Oficial solamente:** Información verificada por: \_\_\_\_\_

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
 E Mail: [drmehrotra@mwcpeds.com](mailto:drmehrotra@mwcpeds.com)  
 Fax: (732) 819-8801

**[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)**

