



Peterkort Clinic  
 9555 SW Barnes Rd Suite 301  
 Portland OR 97225  
 Ph: (503) 297-3371 Fax: (503) 297-7975

Tualatin  
 19260 SW 65th Ave Suite 340  
 Tualatin OR 97062  
 Ph: (503) 691-9777 Fax: (503) 692-6736

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Paciente</b>  | Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre): _____<br>Nombre por el cual el paciente prefiere que lo llamen: _____<br><br>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Pediatra: _____<br><br>Necesita Interprete: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Lenguaje de preferencia: _____<br><br>Dirección: _____<br><br>Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____<br><br>método preferido de contacto (por favor, seleccione uno) : <input type="checkbox"/> Email _____ <input type="checkbox"/> Teléfono _____<br><br>contacto de emergencia (aparte de los padres):<br>Nombre _____ Relación con el paciente _____ Numero de casa _____ Numero de Trabajo _____<br><br>A quién podemos agradecer por referirlo _____ |  |
| <b>Padre/Guardián</b>  | Padre 1: _____<br>Apellido           Nombre           Segundo Nombre<br>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____<br>Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente<br>_____<br>Ciudad                                   Estado                                   Código Postal<br>Numero de Casa: _____<br>Numero Celular: _____<br>Email: _____<br>Lugar de Trabajo: _____<br>Ocupación: _____   | Padre 2: _____<br>Apellido           Nombre           Segundo Nombre<br>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____<br>Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente<br>_____<br>Ciudad                                   Estado                                   Código Postal<br>Numero de Casa: _____<br>Numero Celular: _____<br>Email: _____<br>Lugar de Trabajo: _____<br>Ocupación: _____ |
| <b>Seguro Medico</b>   | Seguro Medico Principal<br>_____<br>Nombre de la compañía aseguradora<br>_____<br>Dirección de las compañía aseguradora<br>_____<br>Numero de teléfono<br>_____<br>Subscriber: _____<br>Fecha de nacimiento: _____/_____/_____<br>Relación al paciente: _____<br>ID# _____ Grp#: _____<br>Copago: _____ Dia Efectivo: _____/_____/_____  | Seguro Medico Secundario<br>_____<br>Nombre de la compañía aseguradora<br>_____<br>Dirección de las compañía aseguradora<br>_____<br>Numero de teléfono<br>_____<br>Subscriber: _____<br>Fecha de nacimiento: _____/_____/_____<br>Relación al paciente: _____<br>ID# _____ Grp#: _____<br>Copago: _____ Dia Efectivo: _____/_____/_____   |
| Yo aquí presente autorizo a The Childrens Clinic, PC para que provén servicios médicos al paciente arriba mencionado y utilizar y liberar información medica como se requiera para el tratamiento, pago y algún otro servicio medico. También asigno a The Childrens Clinic todos los pagos a los cuales tengo derecho para los gastos médicos y quirúrgicos. Entiendo que soy responsable por todos los cargos, aun así sean cubiertos por mi compañía de seguro o no. También entiendo que si no pago los honorarios del seguro el dia de la consulta resultara en sobe cargos, los cuales tendré que pagar. He recibido copia del aviso de privacidad de The Childrens Clinic.<br>Firma: _____ Fecha: _____ |  |  |



