

Paciente	<p>Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre): _____</p> <p>Nombre por el cual el paciente prefiere que lo llamen: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peditra: _____</p> <p>Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Paciente Declinó</p> <p>Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Paciente Declinó</p> <p>Necesita Interprete: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Lenguaje de preferencia: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____</p> <p>Contacto de emergencia (aparte de los padres):</p> <p>_____ Nombre Relación con el paciente Número de casa Número de Trabajo</p> <p>Referencia: <input type="checkbox"/> Miembro de familia <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Hospital o Sala de Urgencias <input type="checkbox"/> Página de Web <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referido por Doctor <input type="checkbox"/> Compania de Seguro <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Faramacia de preferencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p>	
Padre/Guardián	<p>Padre 1: _____ Apellido Nombre Segundo Nombre</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____</p> <p>SSN: _____</p> <p>Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente</p> <p>_____ Ciudad Estado Código Postal</p> <p>Número de Casa: _____</p> <p>Número Celular: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Lugar de Trabajo: _____</p> <p>Ocupación: _____</p>	<p>Padre 2: _____ Apellido Nombre Segundo Nombre</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____</p> <p>SSN: _____</p> <p>Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente</p> <p>_____ Ciudad Estado Código Postal</p> <p>Número de Casa: _____</p> <p>Número Celular: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Lugar de Trabajo: _____</p> <p>Ocupación: _____</p>
Seguro Medico	<p>Seguro Medico Principal</p> <p>_____ Nombre de la compañía aseguradora</p> <p>_____ Dirección de las compañía aseguradora</p> <p>_____ Número de teléfono</p> <p>Subscriber: _____</p> <p>_____ Fecha de nacimiento: ____/____/____</p> <p>Relación al paciente: _____</p> <p>ID#: _____ Grp#: _____</p> <p>Copago: _____ Dia Efectivo: ____/____/____</p>	<p>Seguro Medico Secundario</p> <p>_____ Nombre de la compañía aseguradora</p> <p>_____ Dirección de las compañía aseguradora</p> <p>_____ Número de teléfono</p> <p>Subscriber: _____</p> <p>_____ Fecha de nacimiento: ____/____/____</p> <p>Relación al paciente: _____</p> <p>_____ Copago: _____ Dia Efectivo: ____/____/____</p>
<p>Yo aquí presente autorizo a The Childrens Clinic, PC para que provean servicios médicos al paciente arriba mencionado y utilizar y liberar información médica como se requiera para el tratamiento, pago y algún otro servicio medico. Yo autorizo a The Childrens Clinic que me reconozca como participante de el programa de centro de servicios médicos centrados en el paciente. 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, aunque sean cubiertos por mi compañía de seguro o no. Entiendo que los copagos de seguro se deben en el momento del servicio. He recibido una copia del aviso de privacidad actual y aviso de los derechos referidos y los intereses financieros de The Childrens Clinic.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p style="text-align: center;">*Para mas informacion sobre el program de Centro de Servicios Médicos Centrados en el paciente prequent le a un miembro de la clinica.</p>		