tcc | The Children's Clinic
WELCOMING FAMILIES SINCE 1911

Portland
Peterkort Centre I
9555 SW Barnes Road
Suite 301
Portland, OR 97225
P: 503.297.3371
F: 503.297.7975

Tualatin
Meridian Park Medical Plaza 2
19260 SW 65th Avenue
Suite 340
Tualatin, OR 97062
P: 503.691.9777
F: 503.692.6736

Newberg
Coyote Place Building
700 Deborah Road
Suite 150
Newberg, OR 97132
P: 503.538.6791
F: 503.554.0549

Patient

Name (Last, First MI): _____ Name patient likes to be called: _____

Date of Birth: ____/ ____/ ____ Primary Care Physician: _____

Ethnicity: ❑ Hispanic or Latino ❑ Non-Hispanic or Latino ❑ Patient Declined

Race: ❑ Asian ❑ White ❑ Black or African American
❑ American Indian or Alaska Native ❑ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ❑ Patient Declined

Gender Identity: ❑ Male ❑ Female to Male ❑ Non Binary ❑ Decline
❑ Female ❑ Male to Female ❑ Other: _____

Interpreter Needed: ❑ No ❑ Yes Language Preference: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Patient Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Email: _____

Emergency Contact (other than parent/guardian):

Name	Relationship to patient	Home Phone	Work Phone
_____	_____	_____	_____

Referral Source: ❑ Family Member ❑ Friend ❑ Coworker ❑ Hospital/ER ❑ Website
❑ Internet Search ❑ Physician Referral ❑ Insurance Company ❑ Medicaid ❑ Other: _____

Preferred Pharmacy: Name: _____ Phone: _____

Address: _____

Parent/Guardian

Parent 1	Parent 2
Parent 1: _____ (Last First MI)	Parent 2: _____ (Last First MI)
Date of Birth: _____/ _____/ _____	Date of Birth: _____/ _____/ _____
SSN: _____	SSN: _____
Address: ❑ Same as patient	Address: ❑ Same as patient
_____	_____
_____ (City State Zip)	_____ (City State Zip)
Home Phone: _____	Home Phone: _____
Cell Phone: _____	Cell Phone: _____
Email: _____	Email: _____
Employer: _____	Employer: _____
Occupation: _____	Occupation: _____

Insurance

Primary Insurance	Secondary Insurance
_____	_____
Insurance Company	Insurance Company
_____	_____
Claim Address	Claim Address
_____	_____
Phone Number	Phone Number
Subscriber: _____	Subscriber: _____
Subscriber Address: _____	Subscriber Address: _____
_____	_____
Subscribers Birth Date: _____/ _____/ _____	Subscribers Birth Date: _____/ _____/ _____
Relationship to Patient: _____	Relationship to Patient: _____
ID#: _____ Grp#: _____	ID#: _____ Grp#: _____
Copay: _____ Effective Date: _____/ _____/ _____	Copay: _____ Effective Date: _____/ _____/ _____

I hereby authorize The Children's Clinic, P.C. to provide medical services to the above named patient and to use and release medical information as required for treatment, payment and health care operations. I authorize The Children's Clinic to recognize me as a participant of the Patient-Centered Primary Care Home Program*. I also assign The Children's Clinic all payments to which I am entitled for medical and surgical expenses. I understand that I am financially responsible for all charges whether covered by insurance or not. I understand insurance copays are due at time of service. I have received a copy of the current Privacy Notice and Notice of Referral Rights & Financial Interest of The Children's Clinic.

Signature: _____ Date _____

*For additional information on the Patient-Centered Primary Care Home Program, please see any staff member.

tcc | The Children's Clinic
WELCOMING FAMILIES SINCE 1911

Portland
Peterkort Centre I
9555 SW Barnes Road
Suite 301
Portland, OR 97225
P: 503.297.3371
F: 503.297.7975

Tualatin
Meridian Park Medical Plaza 2
19260 SW 65th Avenue
Suite 340
Tualatin, OR 97062
P: 503.691.9777
F: 503.692.6736

Newberg
Coyote Place Building
700 Deborah Road
Suite 150
Newberg, OR 97132
P: 503.538.6791
F: 503.554.0549

Paciente

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre): _____

Nombre por el cual el paciente prefiere que lo llamen: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Pediatra: _____

Etnicidad: ❑ No Hispano o Latino ❑ Hispano o Latino ❑ Paciente Declinó

Raza: ❑ Caucásico ❑ Afroamericano ❑ Nativo de Hawái / Isleño del Pacifico
❑ Indigena Americano o Nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Paciente Declinó

Necesita Interprete: ❑ No ❑ Si Lenguaje de preferencia: _____

Gender Identity: ❑ Hombre ❑ Mujer a Hombre ❑ No binario ❑ Declinar
❑ Mujer ❑ Hombre a Mujer ❑ Otro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de emergencia (aparte de los padres):

Nombre	Relación con el paciente	Número de casa	Número de Trabajo
_____	_____	_____	_____

Referencia: ❑ Miembro de familia ❑ Amistad ❑ Compañero de trabajo ❑ Hospital o Sala de Urgencias ❑ Página de Web
❑ Internet ❑ Referido por Doctor ❑ Compania de Seguro ❑ Medical ❑ Otro: _____

Faramacia de preferencia: Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Padre/Guardián

Padre 1: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimìento: _____/ _____/_____

SSN: _____

Dirección: ❑ Igual que el paciente

_____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Casa: _____

Número Celular: _____

Email: _____

Lugar de Trabajo: _____

Ocupación: _____

Padre 2: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimìento: _____/ _____/_____

SSN: _____

Dirección: ❑ Igual que el paciente

_____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Casa: _____

Número Celular: _____

Email: _____

Lugar de Trabajo: _____

Ocupación: _____

Seguro Medico

Seguro Medico Principal

_____
Nombre de la compañía aseguradora

_____
Dirección de las compañía aseguradora

_____
Número de teléfono

Subscriptor: _____

_____

_____

Fecha de nacimiento: _____ /_____ /_____

Relación al paciente: _____

ID#: _____ Grp#: _____

Copago: _____ Dia Efectivo: _____/_____ /_____

Seguro Medico Secundario

_____
Nombre de la compañía aseguradora

_____
Dirección de las compañía aseguradora

_____
Número de teléfono

Subscriptor: _____

_____

_____

Fecha de nacimiento: _____ /_____ /_____

Relación al paciente: _____

_____ _____

Copago: _____ Dia Efectivo: _____/_____ /_____

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.

Firma: _____ Fecha: _____

*Para mas informacion sobre el program de Centro de Servicos Médicos Centrados en el paciente prequent le a un miembro de la clinica.