



¿Es la primera vez que nos ve?  SÍ  NO

¿Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

\*\*Si es padrastro, padre adoptivo o cualquier otro tipo de tutor; Por favor llene el número 3 de este formulario con sus datos.

**Este es el padre con el que nos comunicaremos para obtener resultados de laboratorio, confirmar citas, preguntas sobre facturación, etc.**

1. Nombre del padre principal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Correo electrónico (que se utilizará para acceder al portal del paciente de su hijo):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Número de empleador

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

2. Nombre del padre secundario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de empleador

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3. Nombre del otro tutor \_\_\_\_\_ Relación con el  
niño \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de empleador

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Si no es el padre biológico; tiene la custodia legal de los niños Si  No

¿El padre biológico tiene algun:  Problemas de visión  Problemas de audición

Problemas de comunicación  Desconocido



## Rotación

### 4. Información del seguro

Seguro primario \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

### 5. Contacto de emergencia que no sean los padres/cuidador.

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

El nombre del niño \_\_\_\_\_

Hijo biológico  Hijastro  Hijo adoptado  Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

¿Este niño vive con el padre principal? Sí No

Si no viven con el Padre Principal; por favor escriba su dirección a continuación.

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

Negro o afroamericano  Asiático  Blanco  Hispano  Otro

Negarse a reportar

Etnicidad:  Hispano  No hispano o latino  Negarse a reportar

El nombre del niño \_\_\_\_\_

Hijo biológico  Hijastro  Hijo adoptado  Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

¿Este niño vive con el padre principal? Sí No

Si no viven con el Padre Principal; por favor escriba su dirección a continuación.



Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_ Código postal  
\_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico  
 Negro o afroamericano  Asiático  Blanco  Hispano  Otro  
 Negarse a reportar

Etnicidad:  Hispano  No hispano o latino  Negarse a reportar

El nombre del niño \_\_\_\_\_

Hijo biológico  Hijastró  Hijo adoptado  Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

¿Este niño vive con el padre principal? Sí No

Si no viven con el Padre Principal; por favor escriba su dirección a continuación.

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_ Código postal  
\_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico  
 Negro o afroamericano  Asiático  Blanco  Hispano  Otro  
 Negarse a reportar

Etnicidad:  Hispano  No hispano o latino  Negarse a reportar

El nombre del niño \_\_\_\_\_

Hijo biológico  Hijastró  Hijo adoptado  Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

¿Este niño vive con el padre principal? Sí No

Si no viven con el Padre Principal; por favor escriba su dirección a continuación.

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_ Código postal  
\_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico  
 Negro o afroamericano  Asiático  Blanco  Hispano  Otro  
 Negarse a reportar

Etnicidad:  Hispano  No hispano o latino  Negarse a reportar

### Sección de autorización



Por la presente, autorizo la divulgación de mi información médica (o la de mi hijo) a mi compañía de seguros con respecto a la enfermedad y el tratamiento míos o de mi hijo y, por la presente, asigno todos los pagos por servicios médicos a mi médico. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro. En caso de que el proceso de cobranza sea necesario, acepto pagar todos los honorarios de abogados, costos judiciales y tarifas de cobranza. También reconozco que puedo acceder al aviso de HIPPA para el Centro Médico para Niños y Adolescentes, PA (DBA como The Pediatric Center) en su sitio web, [www.mypediatriccenter.com](http://www.mypediatriccenter.com).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_