



¿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 \_\_\_\_ Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿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

Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_

El nombre del niño \_\_\_\_\_

Hijo biológico  Hijastro  Hijo adoptado  Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿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

Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_



El nombre del niño \_\_\_\_\_

Hijo biológico  Hijastro  Hijo adoptado  Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿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

Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_

El nombre del niño \_\_\_\_\_

Hijo biológico  Hijastro  Hijo adoptado  Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿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

Idioma:  Español  Otro \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy \_\_\_\_\_

En el Centro Pediátrico, nos esforzamos para asegurarnos de que se satisfagan todas las necesidades de nuestros pacientes. Esta encuesta es para ayudarnos a saber qué otros factores pueden estar afectando su bienestar. Como hogar médico centrado en el paciente, tenemos muchos recursos para ayudar a nuestros pacientes a satisfacer sus necesidades diarias.

1. ¿Tiene vivienda adecuada para su familia? SÍ / NO

2. ¿Siente que tiene suficientes alimentos para alimentar a su familia? SÍ/ NO

3. ¿Tiene acceso a transporte confiable? SÍ/ NO

4. ¿Puede pagar las recetas de su familia? SÍ/ NO

5. ¿Le gustaría discutir alguna de estas preguntas con nuestro coordinador de atención?  
En caso afirmativo, ¿cuáles necesidades? ¿Alguna otra preocupación?  
SÍ/ NO

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro niño que sea paciente en The Pediatric Center

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_



## Formulario de consentimiento para menores

A partir del 1 de julio de 2024, Idaho aprobó nuevos límites a los consentimientos de menores.

Para cumplir, debemos tener en nuestros archivos a las personas a las que usted autoriza a llevar a su hijo a la clínica para una cita. Usted autoriza a estas personas a acompañar a su(s) hijo(s) a una visita y los autoriza a dar su consentimiento para exámenes y/o opciones de tratamiento que incluyen (pero no se limitan a) radiografías, prescripción de medicamentos, vacunas, etc.

Por favor enumere todos los niños que son pacientes del Centro Pediátrico.

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Indique cualquier persona autorizada a acompañar a su(s) hijo(s) a una visita al Centro Pediátrico. **Si desea que su adolescente sea atendido solo, solicite un formulario por separado.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_