



¿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.

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 _____



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: _____

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: _____