

Please use: **BLACK INK**

Por favor incluya a todos los niños que tienen los mismos Padres biológicos y vivan en el mismo hogar en un formulario

	Hijo –	Hijo –	Hijo –	Hijo –
Nombre				
Segundo Nombre				
Apellido				
Fecha de nacimiento	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Género	Varón ___ Hembra ___			
Gender Identity				
Orientation				
Idioma principal hablado	___ Inglés ___ Español Otro _____			
Etnicidad	___ No Hispano ___ Hispano ___ Desconocido			
Raza	___ Blanco ___ Nativo americano ___ Afro americano ___ Asiático ___ Isleño pácifico	___ Blanco ___ Nativo americano ___ Afro americano ___ Asiático ___ Isleño pácifico	___ Blanco ___ Nativo americano ___ Afro americano ___ Asiático ___ Isleño pácifico	___ Blanco ___ Nativo americano ___ Afro americano ___ Asiático ___ Isleño pácifico
Escuela				

Padres/Guardian 1: ¿Vive con pacientes? Sí ___ No ___ (El contacto principal debe ser la persona de contacto preferida para los recordatorios de cita.)

Idioma: _____ **Marque uno:** ___ Mamá ___ Madrastra ___ Madre adoptiva ___ Guardián legal Otro: _____
 ___ Papá ___ Padrastra ___ Padre adoptiva

Nombre: _____
 Nombre Segundo Nombre Apellido Número de segura social fecha de nacimiento
 Domicilio: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador: _____ Ocupación: _____

Correo electrónico : _____

¿Le gustaría tener acceso al registro médico de su hijo a través de nuestro Portal para pacientes? Sí ___ No ___

Número de contacto: _____ Este es ___ Celular ___ Casa

Contacto secundario: _____ Esta es ___ Celular ___ Casa

Preferencia para recordatorio de citas and recalls? Correo electrónico ___ Texto celular ___

Padres/Guardian 2 ¿Vive con pacientes? Si ___ No ___

Idioma: _____ **Marque uno:** ___ Mama ___ Madrastra ___ Madre adoptiva ___ Guardián legal Otro: _____
 ___ Papa ___ Padrastra ___ Padre adoptiva

Nombre: _____
 Nombre Segundo Nombre Apellido Número de seguro social fecha de nacimiento
 Domicilio: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador: _____ Ocupación: _____

Correo electrónico : _____

¿Le gustaría tener acceso al registro médico de su hijo a través de nuestro Portal para pacientes? Si ___ No ___

Número de contacto: _____ Este es ___ Celular ___ Casa

Contacto secundario: _____ Esta es ___ Celular ___ Casa

Preferencia para recordatorio de citas? Correo electrónico ___ Texto celular ___

Quién es padre custodial? (Si es aplicable) _____

Con el fin de recibir los requisitos precisos de Historial médico familiar, si los padres enumerados **NO** son los **PADRES BIOLÓGICOS**, ahora es necesario que **SE INCLUYAN AMBOS PADRES BIOLÓGICOS** (si se conocen)

Mamá _____ Fecha de nacimiento _____

Papá _____ Fecha de nacimiento _____

Esta paciente está asegurado por Apple Health o Provider One? _____ Sí _____ No

Contacto de emergencia: _____ relación con el paciente: _____ Phone: _____
(No madre o padre o no alguien que viva en tu casa)

Trabajador social: (si es aplicable, nombre y teléfono): _____

Adultos autorizados I, _____, como el padre or guardián legal del paciente, doy permiso para que las siguientes personas autoricen la atenió médica indicada a continuación para dicho paciente

Adulto autorizado _____ Relació _____

Adulto autorizado _____ Relación _____

Adulto autorizado _____ Relación _____

Los adultos tienen mi permiso para autorizar los siguientes tratamientos indicados para dichas visitas al consultorio del paciente y los tratamientos indicados:

- Visitas de emergencia y tratamientos
- Vacunas
- Trabajo de laboratorio
- Inyecciones terapeuticas (e.g. Inyección de alérgia, Inyección de Depo, Inyección de antibiotico, etc.)

Firma del padre o guardián legal: _____ **Fecha:** _____

HIPAA/Noticia de Practicas de Privacidad: Reconozco que se me ha ofrecido la Notificación de Prácticas de Privacidad del Médico. El Aviso de prácticas de privacidad proporciona información detallada sobre cómo la práctica puede usar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que el médico / proveedor se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en el Aviso. También entiendo que se me proporcionará una copia de cualquier Notificación revisada o que estará disponible para mí.

Firma del padre o guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro. El pago se requiere en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con el departamento de facturación. NWPC presenta reclamaciones a varios operadores. Verificaré con las recepcionistas para ver si mi plan es uno de ellos. Todos los demás reclamos de seguro son responsabilidad de la familia. Los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Si es necesario asignar el cobro de cualquier cantidad adeudada en esta o posteriores visitas, el abajo firmante acepta pagar todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de los abogados. He leído la política anterior. Por la presente, asigno al médico / proveedor todos los pagos por servicios médicos prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi plan de seguro.

Firma del padre o guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Farmacia preferida: _____ **Ciudad:** _____

