



	Hijo –	Hijo –	Hijo –	Hijo –
<b>Nombre</b>				
<b>Segundo Nombre</b>				
<b>Apellido</b>				
<b>Fecha de nacimiento</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>Género</b>	Varón ___ Hembra ___	Varón ___ Hembra ___	Varón ___ Hembra ___	Varón ___ Hembra ___
<b>Idioma principal hablado</b>	___ Inglés ___ Español Otro _____	___ Inglés ___ Español Otro _____	___ Inglés ___ Español Otro _____	___ Inglés ___ Español Otro _____
<b>Etnicidad</b>	___ No Hispano ___ Hispano ___ Desconocido	___ No Hispano ___ Hispano ___ Desconocido	___ No Hispano ___ Hispano ___ Desconocido	___ No Hispano ___ Hispano ___ Desconocido
<b>Raza</b>	___ 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
<b>Escuela</b>				

**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 \_\_\_ Padrastro \_\_\_ 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?** Correo electrónico \_\_\_ Texto celular \_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_

**Padres/Guardian 2** ¿Vive con pacientes? Si \_\_\_ No \_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ **Marque uno:** \_\_\_ Mama \_\_\_ Madrastra \_\_\_ Madre adoptiva \_\_\_ Guardián legal Otro: \_\_\_\_\_  
                                \_\_\_ Papa \_\_\_ Padrastro \_\_\_ 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? Si \_\_\_ No \_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_ Este es \_\_\_ Celular \_\_\_ Casa

Contacto secundario: \_\_\_\_\_ Esta es \_\_\_ Celular \_\_\_ Casa

**Preferencia para recordatorio de citas?** Correo electrónico \_\_\_ Texto celular \_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_

**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 applicable, 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 terapéuticas (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:** \_\_\_\_\_

