

**Formulario de información del paciente**

**AVISO: Si tiene más de un niño, por favor complete primero la información relacionada a la familia.  
Luego se harán copias para completar la información específica para cada paciente.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Masculino \_\_ Femenino \_\_ Celular del paciente: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Etnicidad: Hispano o Latino \_\_ No-Hispano o No-Latino \_\_ Desconocido \_\_  
Raza: Indígena americano \_\_ Asiático \_\_ Negro o americano africano \_\_ Hawaiano \_\_ Islas pacíficas \_\_ Blanca \_ Desconocida \_\_

**INFORMACION DE LA FAMILIA A CONTINUACIÓN**

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zona postal  
Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Contacto para emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Yo autorizo que dejen un mensaje detallado en los números arriba sobre la salud de mi niño, las citas, los resultados de análisis y las facturas excepto:

<p>Por favor coloque un círculo: <b>Madre/Padre/Tutor:</b> _____ Domicilio (si es distinto al del paciente): _____ Teléfono celular: (____) ____-____ Correo electrónico: _____ Empleador: _____ NSS: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Profesión: _____</p>	<p>Por favor coloque un círculo. <b>Madre/Padre/Tutor:</b> _____ Domicilio (si es distinto al del paciente): _____ Teléfono celular: (____) ____-____ Correo electrónico: _____ Empleador : _____ NSS : ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Profesión: _____</p>
---	---

Los padres del niño o niños están: Casados  Divorciados  Unión libre  Separados   
\*\*\*SI LOS PADRES ESTAN DIVORCIADOS O SEPARADOS, CUAL ES EL ARCUERDO EN CUANTO A LA CUSTODIA DEL NIÑO O NIÑOS?  
 Custodia física – Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
Custodia legal: Única  Compartida  – Nombre(s): \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
**\*Si tiene la custodia exclusiva, por favor entregue los documentos legales para tener una copia en el expediente del paciente.**

**Autorización del guardián:** Los siguientes familiares y cuidadores tienen permiso de conseguir atención a nombre de mi niño lo cual incluye inmunizaciones, examen físico, pruebas o tratamiento con el propósito para diagnóstico y atención médica recomendada y que será otorgada por los proveedores y el personal.  
\*La declaración jurada por el cuidador permanece en efecto hasta futuro aviso por escrito.  
Nombre y parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre y parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre y parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre y parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

<p><b>Información del seguro médico principal</b> Nombre del seguro médico: _____ Nombre del subscriptor: _____ # de identificación: _____ Grupo #: _____</p>	<p><b>Información del seguro médico secundario</b> Nombre del seguro médico: _____ Nombre del subscriptor: _____ # de identificación: _____ Grupo #: _____</p>
---	--

Nombre de los hermanos	Fecha de nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo declaro que la información que he dado arriba es correcta y si se presenta algún cambio, notificaré a la oficina inmediatamente.

Nombre y firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_