

CHILDREN'S MEDICAL CENTER  
Hoja de Información para el Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Si adolescente, el número de celular: \_\_\_\_\_

Raza: (Por favor escoja uno): ( ) Indio Americano/ Nativo de Alaska, ( ) Asiático, Africano Americano, ( ) Mas de una raza,  
( ) Nativo de Hawái o otras islas del Pacifico, ( ) Otra, ( ) Blanca, ( ) Se negó a responder

Origen étnico: (Por favor escoja uno): ( ) Hispano o Latino, ( ) No Hispano o Latino, ( ) Se negó a responder

Doctor: ( ) Markson ( ) Lashlee ( ) Zavadil ( ) Papadopoulos ( ) Taylor ( ) Porter ( ) Ambardekar

---

PADRE del NINO:

MADRE del NINO:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Medio

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Numero de casa: \_\_\_\_\_

Numero de casa: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_

Numero de trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de trabajo: \_\_\_\_\_

Mejor Numero de Llamada: ( ) Casa ( ) Celular ( ) Trabajo

Mejor Numero de Llamada: ( ) Casa ( ) Celular ( ) Trabajo

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Los Padres son: ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separados ( ) Otra

Nino(s) vive(n) con: ( ) Madre ( ) Padre ( ) Otra

Idioma(s) de la Familia: \_\_\_\_\_

---

Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Identificación de Seguro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del Hermano: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Si adolescente, el número de celular: \_\_\_\_\_

Raza: (Por favor escoja uno): ( ) Indio Americano/ Nativo de Alaska, ( ) Asiático, Africano Americano, ( ) Mas de una raza, ( ) Nativo de Hawái o otras islas del Pacifico, ( ) Otra, ( ) Blanca, ( ) Se negó a responder

Origen étnico: (Por favor escoja uno): ( ) Hispano o Latino, ( ) No Hispano o Latino, ( ) Se negó a responder

Doctor: ( ) Markson ( ) Lashlee ( ) Zavadil ( ) Papadopoulos ( ) Taylor ( ) Porter ( ) Ambardekar

---

Nombre del Hermano \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Si adolescente, el número de celular: \_\_\_\_\_

Raza: (Por favor escoja uno): ( ) Indio Americano/ Nativo de Alaska, ( ) Asiático, Africano Americano, ( ) Mas de una raza, ( ) Nativo de Hawái o otras islas del Pacifico, ( ) Otra, ( ) Blanca, ( ) Se negó a responder

Origen étnico: (Por favor escoja uno): ( ) Hispano o Latino, ( ) No Hispano o Latino, ( ) Se negó a responder

Doctor: ( ) Markson ( ) Lashlee ( ) Zavadil ( ) Papadopoulos ( ) Taylor ( ) Porter ( ) Ambardekar

---

Nombre del Hermano: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Medio

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Si adolescente, el número de celular: \_\_\_\_\_

Raza: (Por favor escoja uno): ( ) Indio Americano/ Nativo de Alaska, ( ) Asiático, Africano Americano, ( ) Mas de una raza, ( ) Nativo de Hawái o otras islas del Pacifico, ( ) Otra, ( ) Blanca, ( ) Se negó a responder

Origen étnico: (Por favor escoja uno): ( ) Hispano o Latino, ( ) No Hispano o Latino, ( ) Se negó a responder

Doctor: ( ) Markson ( ) Lashlee ( ) Zavadil ( ) Papadopoulos ( ) Taylor ( ) Porter ( ) Ambardekar

He recibido una copia del acuerdo de HIPPA y entiendo que se obtendrá información personal para ayudar en la correcta facturación y cobranza. Yo entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre la compañía de seguros y yo y que el centro medico de niños no es parte de ese contrato. Soy consiente de que algunos o todos los servicios que pueden ser que yo pueda también ser factura de servicios no cubiertos. Autorizo el pago de las prestaciones medicas a los medico o proveedores de estos servicios y todos los reclamos futuros. También autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar este y todos los reclamos futuros.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_