

Registración de Paciente– Por favor, escriba claramente

Nino Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido materno	
Nombre preferido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social
Origen Etnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Decline			Idioma que prefiere <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro:	
Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				

Niños Adicionales

Nino Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido materno	
Nombre preferido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social
Origen Etnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Decline			Idioma que prefiere <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro:	
Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				

Nino Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido materno	
Nombre preferido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social
Origen Etnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Decline			Idioma que prefiere <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro:	
Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				

Nino Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido materno	
Nombre preferido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social
Origen Etnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Decline			Idioma que prefiere <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro:	
Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				

Información del padre/madre o tutor legal

Madre Madrastra Custodio Legal

Nombre		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Direccion		Ciudad	Estado/Codigo Postal
Telefono casa	Telefono celular	Correo Electronico	

Padre Padrastra Custodio Legal

Nombre		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Direccion		Ciudad	Estado/Codigo Postal
Telefono casa	Telefono celular	Correo Electronico	

Información parental adicional

¿El paciente vive con los dos padres biológicos? Si No

Si no, describa la situación de vida actual del paciente: Custodia monoparental Custodia compartida
 Familia de acogida Familia adoptive Otros miembros de la familia: _____

Si el paciente vive en más de una residencia, estamos obligados a saber quién tiene la autoridad legal para autorizar los servicios médicos del paciente.

Contactos de Emergencia * (otras personas aparte de los padres)

¿Tienen permiso para traer a los niños?

Nombre	Relacion al paciente	Tel#	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre	Relation to Patient	Tel#	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Informacion de seguro

Seguro Primario	Número de Servicios al Miembro		
Persona responsable de la póliza	Fecha de nacimiento del responsable	Seguro social	
Numero de Identificacion		Numero de grupo	

Quien es responsable de recibir los cobros del paciente
Direccion
Cómo prefiere recibir el estado de cuenta? <input type="checkbox"/> Direccion de Casa <input type="checkbox"/> Email _____

Preferencia de comunicación

Nombre de contacto	<input type="checkbox"/> Teléfono _____ <input type="checkbox"/> Texto _____
	<input type="checkbox"/> Portal del paciente <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____
Nombre de contacto	<input type="checkbox"/> Teléfono _____ <input type="checkbox"/> Texto _____
	<input type="checkbox"/> Portal del paciente <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, padre/madre o custodio legal del/de los paciente(s) mencionados anteriormente, doy mi consentimiento para cualquier atención médica, incluyendo pero no limitada a atención preventiva, atención urgente por enfermedad, inmunizaciones y atención de emergencia, a PediatriCare of Northern Virginia, P.C., para la visita de hoy y visitas futuras

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A LAS PARTES APLICABLES

Por la presente, autorizo a este médico/clínica a proporcionar cualquier información requerida relacionada con el examen o tratamiento del/de los paciente(s) mencionado(s) anteriormente. Además, acepto y reconozco expresamente que mi firma en este documento autoriza a este médico/clínica a presentar reclamaciones de beneficios por los servicios prestados o por los servicios que se prestarán, sin necesidad de obtener mi firma en cada reclamación que se presente. Por la presente, autorizo el pago directamente a la oficina administrativa de esta clínica por los beneficios médicos que, de otro modo, podrían ser pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. En caso de que mi cuenta sea enviada a una agencia de cobro, acepto pagar todos los costos y gastos, incluyendo todos los honorarios relacionados con dicho cobro.

Firma _____ Fecha _____