

**Formulario de información del paciente**

**NOTA - Si usted tiene mas de un niño, por favor complete la información relacionada con su familia primero. Luego se harán copias para completar la información específica de cada paciente.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre : \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Número de Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Origen étnico:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Desconocido  
 Raza:  Indio Americano  Asián  Color Oscuro o Africano Americano  Nativo Hawaiano  
 Otro  Otras Islas del Pacífico No Asia Hawaiano  Desconocido  Blanco

**INFORMACIÓN DE FAMILIA ABAJO**

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado  
 Código  
 Número de Teléfono Primario: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Secundario: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencias: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Yo autorizo la práctica de dejar mensajes detallados a los números arriba enlistados acerca de la salud, citas, resultados de pruebas, y facturación a menos que se especifique lo contrario aquí:

Por favor circule uno:  
**Madre / Padre / Guardián:** \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente de la del paciente): \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo electronico: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_  
 Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor circule uno:  
**Madre / Padre / Guardián:** \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente de la del paciente): \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo electronico: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_  
 Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Los padres del(os) niño(s) están:  Casados  Divorciados  Viviendo Juntos  Separados  
 SI LOS PADRES SON DIVORCIADOS O SEPARADOS, ¿CUÁLES SON LOS ACUERDOS LEGALES DE CUSTODIA PARA EL NIÑO / NIÑOS?  
 Custodia Física– Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 Custodia Legal:  Única  Unida – Nombre(s): \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**\*Si es la única custodia legal, proporcione la documentación legal que se escaneará en el reporte del paciente.**

**Autorización del cuidador:** Los siguientes parientes y / o cuidadores calificados tienen permiso para buscar atención en nombre de mi hijo, que incluye vacunas, exámenes físicos, pruebas y / o tratamiento con fines de diagnóstico médico y atención médica, que se considera aconsejable y es Para ser prestados por los proveedores y el personal.

\*La Declaración Jurada de Autorización del Cuidador permanecerá en vigencia hasta nuevo aviso por escrito.

Nombre/ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre/ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre/ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre/ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Información del seguro primario**  
 Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 ID #: \_\_\_\_\_  
 Grupo #: \_\_\_\_\_

**Información del seguro secundario**  
 Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 ID #: \_\_\_\_\_  
 Grupo #: \_\_\_\_\_

**Nombres de Hermanos/Fecha de Nacimiento**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Place  
CHOC Patient Label  
Here**

Declaro que la información que proporcioné anteriormente es correcta y, si hay algún cambio, lo notificaré a la oficina de inmediato.

Nombre /Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_