



7693 Rhea Co Hwy Ste 1
Dayton, TN 37321
(423) 594-8700

Formulario Demográfico Familiar

Información del Paciente – Por favor incluya a todos los hijos que serán nuestros pacientes (Si tiene más de cuatro niños or favor pida otro Formulario Demográfico)

Hijo(a) No. 1

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Nombre preferido _____ No. Seguro Social _____

Fecha Nacimiento _____ ☐ Niño ☐ Niña Etnia ☐ No-Hispano ☐ Hispano ☐ No Deseo Responder

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Hawaiano/Islas Pacífico ☐ No Deseo Responder

Hijo(a) No. 2

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Nombre preferido _____ No. Seguro Social _____

Fecha Nacimiento _____ ☐ Niño ☐ Niña Etnia ☐ No-Hispano ☐ Hispano ☐ No Deseo Responder

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Hawaiano/Islas Pacífico ☐ No Deseo Responder

Hijo(a) No. 3

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Nombre preferido _____ No. Seguro Social _____

Fecha Nacimiento _____ ☐ Niño ☐ Niña Etnia ☐ No-Hispano ☐ Hispano ☐ No Deseo Responder

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Hawaiano/Islas Pacífico ☐ No Deseo Responder

Hijo(a) No. 4

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Nombre preferido _____ No. Seguro Social _____

Fecha Nacimiento _____ ☐ Niño ☐ Niña Etnia ☐ No-Hispano ☐ Hispano ☐ No Deseo Responder

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Hawaiano/Islas Pacífico ☐ No Deseo Responder

Por favor, escriba la dirección de la casa de los niños listados arriba. Si los niños dividen su tiempo entre dos casas o no todos los niños no viven en el mismo hogar, o hay otras circunstancias especiales o arreglos de residencia, por favor marque aquí ☐

Dirección

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Contacto No.1 _____ ☐ Línea Fija ☐ Cel., ¿de quién? _____

Número de Contacto No.2 _____ ☐ Línea Fija ☐ Cel, ¿de quién? _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Número: _____ ☐ Línea Fija ☐ Cel

Preferencia de Lenguaje

☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

La Persona a Cargo, padece: Algún grado de ceguera ☐ Si ☐ No Algún grado de sordera ☐ Si ☐ No

¿Quiere un intérprete para comunicaciones médicas? ☐ Si ☐ No

(Continued on other side)

Padre/Tutor Legal No. 1

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	No. Seguro Social
----------------	---------------------	---------------	---------------------------	-------------------------

Relación o parentesco con el niño _____ ☐ Vive con el niño ☐ Persona responsable de los gastos del niño

Dirección (si es diferente a la del niño)

Padre/Tutor Legal No. 1

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	No. Seguro Social
----------------	---------------------	---------------	---------------------------	-------------------------

Relación o parentesco con el niño _____ ☐ Vive con el niño ☐ Persona responsable de los gastos del niño

Dirección (si es diferente a la del niño)

Información sobre su Seguro

Compañía de Seguros Primaria: _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____

Su privacidad es muy importante para nosotros. Hay momentos en los que nos acercaremos a usted para darle seguimiento a su tratamiento, operaciones de pago y atención médica, recordatorios de citas, preguntas sobre su seguro, declaraciones de pacientes y otros artículos relacionados con su cuidado. Por razones de conveniencia, ofrecemos avisos de correo electrónico y mensajes de texto y notificaciones. No enviaremos temas sensibles a través de estas rutas, ni en el buzón de voz, pero puede que sea necesaria una llamada de seguimiento para compartir información pertinente. Por favor indíquenos cuál de las siguientes formas quisiera que utilizáramos para comunicarnos con usted. Si tiene alguna pregunta o necesidad, por favor comuníquese con Allyson Blaylock, Administrador de Practicantes al (423) 594-8700 ext. 7239 o por correo electrónico al blaylock@fireflypediatrics.org.

Por favor enumere las restricciones que debemos tomar en cuenta cuando le llamemos (por ej: no dejar mensajes de voz en el teléfono)

☐ Puede dejar mensajes (con una persona o en el buzón de voz) en el _____ o _____

☐ Puede mandarme textos al (a los) siguiente(s) número(s) celular (es) _____

☐ Por favor registrenme en el Portal para Pacientes y envíeme información por correo electrónico. El correo electrónico que me gustaría usar es: _____ y pertenece a ☐ Mamá

☐ Papá ☐ Tutor Legal

Firma: _____ Fecha _____

Relación al paciente:

___ madre ___ padre ___ tutor legal ___ otro: _____