

PEDIATRIC HEALTH ASSOCIATES				
INFORMACION DEL PACIENTE				
	PRIMER HIJO	SEGUNDO HIJO	TERCER HIJO	CUARTO HIJO
PRIMER NOMBRE				
APELLIDO				
FECHA DE NACIMIENTO				
SEXO	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
Primer Idioma				
Origen Etnico	☐ No Hispano ☐ Hispano ☐ Desconocido ☐ Declinar	☐ No Hispano ☐ Hispano ☐ Desconocido ☐ Declinar	☐ No Hispano ☐ Hispano ☐ Desconocido ☐ Declinar	☐ No Hispano ☐ Hispano ☐ Desconocido ☐ Declinar
Raza	☐ indígena Americano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Islas del Pacífico ☐ Declinar	☐ indígena Americano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Islas del Pacífico ☐ Declinar	☐ indígena Americano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Islas del Pacífico ☐ Declinar	☐ indígena Americano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Islas del Pacífico ☐ Declinar
DIRECCION DEL PACIENTE				
Dirección:				
Ciudad, Estado, Zona Postal:				
Estados de cuenta por correo enviados a ésta dirección? ☐ Si ☐ No				
TELEFONO PRIMARIO:			ES ESTE UN TELEFONO CELULAR? ☐ Si ☐ No	
Está bien recibir mensajes a través de MyChart para resultados no urgentes? ☐ Si ☐ No				
INFORMACION DE CONTACTO				
PRIMER CONTACTO (PADRE/GUARDIAN)		SEGUNDO CONTACTO(PADRE/GUARDIAN)		
Apellido:		Apellido:		
Primer Nombre:		Primer Nombre:		
Relación con el Paciente: FdeN:		Relación con el Paciente : FdeN:		
Dirección:		Dirección:		
Ciudad, Estado, Zona Postal:		Ciudad, Estado, Zona Postal:		
Dirección Electrónica:		Dirección Electrónica:		
Teléfono Celular:		Teléfono Celular:		
Teléfono del Trabajo:		Teléfono del Trabajo:		
Es usted el principal titular del Seguro médico? ☐ Si ☐ No		Es usted el principal titular del Seguro médico? ☐ Si ☐ No		
Es usted el Contacto principal? ☐ Si ☐ No		Es usted el Contacto principal? ☐ Si ☐ No		