



*oficinas en*  
**Eastgate, Batavia, Landen**

513-752-3650

pedsmtcarmel.com

### Nombres de niños

Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre o Inicial	Fecha de nacimiento (fecha de nacimiento)	Número de seguro social (N.S.S.)	Sexo L/F	Carre ra	Etnicidad Hispano / latino S o N	Idioma(s) preferido(s)

*Si desea negarse a proporcionar información sobre raza, origen étnico o idioma, deje el cuadro en blanco.*

### Dirección del paciente

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

### Información de la parte responsable/contacto adicional

Nombre	Nombre
fecha de nacimiento número de seguro social	fecha de nacimiento número de seguro social
Relación con el paciente	Relación con el paciente
¿Fiesta responsable? <input checked="" type="checkbox"/> S o <input type="checkbox"/> N	¿Fiesta responsable? <input checked="" type="checkbox"/> S o <input type="checkbox"/> N
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
Código postal	Código postal
Dirección de correo electrónico:	Dirección de correo electrónico:
Ocupación	Ocupación
¿Agregar cuenta del portal? <input type="checkbox"/> S o <input checked="" type="checkbox"/> N	¿Agregar cuenta del portal? <input type="checkbox"/> S o <input checked="" type="checkbox"/> N

### Números de teléfono

Número de teléfono primario	Escriba (círculo) TRABAJO CELULAR DOMÉSTICO	Relación con el paciente
-----------------------------	--	--------------------------

numero de telefono secundario	Escriba (círculo) TRABAJO CELULAR DOMÉSTICO Relación con el paciente
Número de teléfono terciario	Escriba (círculo) TRABAJO CELULAR DOMÉSTICO Relación con el paciente

### Preferencia de comunicación confidencial del paciente

Nombre de contacto \_\_\_\_\_

Método (círculo): Teléfono celular    Teléfono del trabajo    Teléfono de casa    Correo electrónico    Texto  
#\_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia(no vive en casa)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono  
\_\_\_\_\_

### Seguro (copia de la tarjeta del seguro que se mantendrá en el archivo)

Nombre \_\_\_\_\_ Miembro # \_\_\_\_\_ Grupo #  
\_\_\_\_\_

Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que el paciente tiene derecho a Pediatric Associates of Mt. Carmel, Inc. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de este encargo se considerará tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no, por dicho seguro. También autorizo a Pediatric Associates of Mt. Carmel a evaluar y tratar todas y cada una de las afecciones médicas durante esta visita y las siguientes. Actualizado 11/2021

**YO HAGO/NO HAGO** (círcule uno) consentimiento para que los médicos y demás personal de Pediatric Associates of Mt Carmel se comuniquen conmigo por teléfono y dejen mensajes de voz sobre diversos aspectos de la atención médica de los pacientes enumerados anteriormente, que pueden incluir, entre otros, pruebas resultados, recetas, citas y facturación.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_