



Fecha de hoy: _____ ¿ Paciente Nuevo? Si No ¿ Establecido Familia? Si No
 ¿ Hijo de Crianza?: Si No

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido legal del paciente: _____ **Etnicidad:** Hispanic Non-Hispanic Orto Desconocido
 Nombre Legal: _____ Inicial: _____ **Carrera:** Indio Americano Nativo de Alaska Asiatico Negro/Africano
 Caucasico Otro Desconocido

Otro Nombre o preferencia: _____ El paciente vive con (marque lo que corresponda):
 Madre Padre Ambos Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Anos: _____ Genero: M F

Idioma Preferido: Inglés Español Otro _____

GARANTE (RESPONSABLE DE PAGO DE SERVICIOS MÉDICOS) e información de contacto

Garante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Primaria (dia) Teléfono: _____
 Relación: Madre Padre Otro _____ Genero: M F ¿ Si es Celular, Ok para recordatorio de texto del la cita?: Si No
 ¿ Se puede dejar un mensaje? Si No **Idioma Preferido:** Inglés Español Otro _____
 Requiere un interprete: Si No

Dirección: _____ Apto _____ Teléfono Secundario: _____ Email: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Yes No El acceso MyChart?: Yes No
(Esto le permitirá acceder a los registros de vacunación en cualquier momento)

Contacto Secundaria: _____ Fecha de nacimiento: _____ Primaria (dia) Teléfono: _____
 Relación: Madre Padre Otro _____ Genero: M F ¿ Si es Celular, Ok para recordatorio de texto del la cita?: Si No
 ¿ Se puede dejar un mensaje? Si No **Idioma Preferido:** Inglés Español Otro _____
 Requiere un intérprete: Si No

Dirección: _____ Apto _____ Teléfono Secundario: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Si No

Otros niños en Familia

Nombre: _____	DOB: _____	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre: _____	DOB: _____	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre: _____	DOB: _____	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre: _____	DOB: _____	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre: _____	DOB: _____	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre: _____	DOB: _____	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

INFORMACIÓN DEL SEGURO : Por favor dé su tarjeta de seguro (S) Y copago correspondiente a la recepcionista Si Ningun Seguro Medico: Marque Este Cuadro Auto-Pago

Seguro primario: _____ Identificación de miembro (todos los dígitos) _____ Numero de grupo si es aplicable _____
 Fecha de vigencia: _____ Copago \$ _____ (Si es aplicable) _____
 Nombre del Suscriptor: _____ Dirección-si es diferente de Primaria/Secundaria _____ Telefono Principal: _____
 (El nombre de la persona que tiene el benefició de seguro) Contacto: _____ Dirección: _____ Relación del paciente al suscriptor
 Fecha de nacimiento: _____ Género: M F Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Niño Other _____
 Código Postal _____

SEGURO DE SECUNDARIA (si el paciente tiene 2 Seguros , no se colectará copago al momento del servicio , pero si fuera necesario, El Garante reciba el cobro)

Seguro Secundario: _____ Identificación de miembro _____ Grupo # si es aplicable _____
 Fecha de vigencia: _____ Dirección-si es diferente de Primaria/Secundaria _____ Telefono Principal: _____
 Nombre del Suscriptor: _____ Contacto: _____ Relación del paciente al suscriptor
 (El nombre de la persona que tiene el beneficio de seguro) Dirección: _____ Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Niño Other _____
 Fecha de nacimiento: _____ Género: M F Código Postal _____

INDIQUE LOS INDIVIDUOS AUTORIZADOS A LLEVAR EL PACIENTE A LAS CITAS O CON QUIEN NOS PODEMOS COMUNICAR CON LAS CITAS RELATIVAS, RESULTADOS DE PRUEBAS, INFORMACIÓN MÉDICA , ETC.

Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:
Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:
Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:
Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesarias para procesar reclamaciones. También solicito el pago de los beneficios del gobierno a Advanced Pediatric Associates (APA) , que acepta la asignación. Yo autorizo el pago de beneficios médicos en APA para todos los servicios prestados por sus proveedores y / o personal.

Paciente / padre / tutor: Imprimir

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Si el paciente es mayor de 18 años / paciente debe firmar