

Hoja De Información Médica Pediátrica

Fecha: _____
 Nombre del paciente: _____ Médico de Atención Primaria (PCP): _____
 Alias (otros nombres): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): ____/____/____
 N.º del Seguro Social: _____ Sexo: Mujer Hombre
 Dirección Particular: _____ Teléfono Particular: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Raza (seleccione una)

- Indígena norteamericano/Nativo de Alaska Origen Hispano/Latino/Español
 Asiático Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
 Negro/Afroamericano Blanco Prefiere no

Idioma preferido: _____

Grupo Étnico (seleccione uno):

- Origen Hispano/Latino/Español
 Origen NO Hispano/Latino/Español
 Prefiere no contestar

Padre/madre/tutor Legal Responsable De Las Obligaciones Financieras Del Paciente

Nombre: _____ Relación: _____
 N.º del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): ____/____/____
 Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Primaria: Particular Celular
 Dirección Particular (si es diferente a la dirección del paciente): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Laboral: _____
 Nombre Del Empleador: _____ Ciudad, Estado, & Código Postal: _____
 Método De Comunicación Preferido del Padre/Madre/Tutor Legal: Teléfono Correo Email Prefiere no contestar

En Caso De Emergencia, Otro Padre/madre/tutor Legal Si Corresponde

THIRD PARTY CONSENT ON FILE? SÍ NO

Nombre De Contacto: _____ Relación: _____
 Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Primaria: Particular Celular
 Dirección Particular (si es diferente a la dirección del paciente): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Laboral: _____
 Nombre De Contacto Secundario: _____ Relación: _____
 Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Primaria: Particular Celular
 Dirección Particular (si es diferente a la dirección del paciente): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Laboral: _____

Información Sobre El Seguro Médico Del Paciente

¿TIENE SEGURO MÉDICO? SÍ NO

Seguro Primario	Seguro Secundario
Compañía De Seguro Médico: _____	Compañía De Seguro Médico: _____
Teléfono De La Compañía De Seguro Médico: _____	Teléfono De La Compañía De Seguro Médico: _____
Suscriptor: _____	Suscriptor: _____
Nombre Del Empleador Del Suscriptor: _____	Nombre Del Empleador Del Suscriptor: _____
Fecha De Nacimiento Del Suscriptor: ____/____/____	Fecha De Nacimiento Del Suscriptor: ____/____/____
N.º Del Seguro Social Del Suscriptor: _____	N.º Del Seguro Social Del Suscriptor: _____
N.º De Póliza: _____	N.º De Póliza: _____
N.º De Grupo: _____	N.º De Grupo: _____
Fecha De Comienzo De La Vigencia: ____/____/____	Fecha De Comienzo De La Vigencia: ____/____/____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por el presente, autorizo e instruyo a mi compañía de seguro médico a que realice pagos a **Facey Medical Group y Providence Facey Medical Foundation** por beneficios permitidos y pagaderos a mí y/o a mis dependientes. Comprendo que soy responsable de cualquier cargo impago en virtud de esta Asignación. Esta Autorización permanecerá vigente hasta que yo mismo la rescinda por escrito. Podrá reconocerse como válida una fotocopia de esta Asignación.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL EMPLEADO/TESTIGO: _____ FECHA: ____/____/____