



South Coast Pediatrics
Patient Information Form

NOTA – Si tiene más de un hijo, complete primero la información relacionada con la familia. Luego se harán copias para completar la información específica de cada paciente.

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: ____ Masculino ____ Femenina Celular del Paciente: (____) ____ - ____

Etnicidad: ☐ Hispanic or Latino ☐ Non-Hispanic or Latino ☐ Unknown
☐ American Indian ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian
☐ Other ☐ Other Pacific Islander Not Hawaiian Asian ☐ Unknown ☐ White

INFORMACION FAMILIAR A CONTINUACION

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Primario: (____) ____ - ____ Secundario: (____) ____ - ____ Contacto de Emergencia: (____) ____ - ____

Circule uno.

Madre/Padre/Guardian: _____

Domicilio (si es diferente al paciente): _____

Celular: (____) ____ - ____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Últimos 4 dígitos de SSN: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿Los padres del niño/niños están?: ☐ Casados ☐ Divorciados ☐ Viviendo Juntos ☐ Separados

SI LOS PADRES SE HAN DIVORCIADO O SEPARADO, ¿CUÁLES SON LOS ARREGLOS DE CUSTODIA LEGAL PARA EL NIÑO/LOS NIÑOS?

☐ Custodia física – Nombre: _____ Relación al paciente: _____

☐ Custodia legal: ☐ Exclusiva ☐ Compartida – Nombre(s): _____ Relación al paciente: _____

*** Si tiene custodia legal exclusiva, proporcione la documentación legal para escanearla en el historial del paciente.**

Autorización del cuidador: Los siguientes familiares y/o cuidadores tienen permiso para buscar atención medica en nombre de mi hijo o yo mismo, (adulto mayor de 18 años), lo cual incluye vacunas, exámenes físicos, pruebas y/o tratamientos con diagnóstico médico y atención médica, lo cual se considera aconsejable y debe ser brindado por los proveedores y el personal.

*La Declaración de autorización del cuidador, permanecerá vigente hasta que recibamos aviso por escrito.

Nombre/ Relación al paciente: _____

Nombre/ Relación al paciente: _____

Información de Seguro/Aseguranza Primaria

Nombre de Seguro: _____

Nombre del Suscriptor: _____

ID#: _____

Grupo #: _____

Nombre de Hermano(s)/Fechas de Nacimiento

Información de Seguro/Aseguranza Secundaria

Nombre de Seguro: _____

Nombre del Suscriptor: _____

ID#: _____

Grupo #: _____

Declaro que la información que proporcione arriba es correcta y si hay algún cambio, notificare a la oficina de inmediato.

Nombre/Firma: _____ Fecha: _____

SOUTH COAST PEDIATRICS

Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente reconozco que South Coast Pediatrics (SCP) tiene el **Aviso de Prácticas de Privacidad** publicado en el área de recepción. Entiendo que SCP puede compartir la información de salud de mi hijo para opciones de tratamiento, facturación y atención médica. He visto el Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo se utiliza y comparte mi información de salud. Entiendo que SCP puede cambiar/actualizar este aviso en cualquier momento y si deseo obtener una copia, puedo solicitarla con la recepcionista. El aviso está disponible en español.

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Padre, Madre, Representante legal o paciente (mayor de 18)

Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique la relación: _____