



**Información General**

**Nombre Del Paciente** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Sexo: M / F Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Cell#: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** Hispanic/Non-Hispanic **Razas:** African American / Asian / Caucasian / Native American Pacific Islander / Other: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene un pediatra?? YES / NO :**

Doctores/nombre de la práctica: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Madre/Guardian's Nombre:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Telefono De casa#: \_\_\_\_\_ Cell#: \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente a los niños): \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono Del Trabajo #: \_\_\_\_\_

**Padre/Guardian's Nombre:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Telefono de casa#: \_\_\_\_\_ Cell#: \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente a los niños): \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ Telefono Del Trabajo#: \_\_\_\_\_

**Información referencial**

**Cómo se enteró de Wee Care Pediatrics / Over the Rainbow Pediatric Urgent Care:**

- Oficina de obstetricia // En caso afirmativo, indique qué oficina: \_\_\_\_\_
- Oficina de obstetricia // En caso afirmativo, indique qué oficial: \_\_\_\_\_
- Amigo / miembro de la familia
- Búsqueda de Google/redes sociales
- Otro: \_\_\_\_\_



**Información del seguro**

**Seguro Primario.** Plan: \_\_\_\_\_ Política# \_\_\_\_\_ Suscriptor: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

**Secundario Seguro** Plan: \_\_\_\_\_ Política# \_\_\_\_\_ Suscriptor: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

**Autorización para el consentimiento para tratar**

Tengo el derecho legal y la responsabilidad de obtener y dar mi consentimiento para el tratamiento médico de este paciente. Entiendo que al firmar este formulario y traer a este niño a este consultorio médico para recibir atención, doy permiso al médico y a otros proveedores de atención médica en este consultorio para que brinden cualquier tratamiento necesario a este paciente.

Padres/Guardián Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo (cuando no estoy disponible para dar consentimiento) a la(s) siguiente(s) persona(s)::

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Esta delegación será válida hasta que yo retire esta delegación de consentimiento..

Padres/Guardián Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento De Responsabilidad Financiera**

Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios en la oficina y que los reembolsos de los servicios cargados en una tarjeta de crédito serán devueltos a la misma tarjeta de crédito. Además, también entiendo que cualquier saldo de cuenta que no se pague puede enviarse a una agencia de cobro. En caso de que cualquier saldo de cuenta atrasado sea remitido a una agencia de cobro, entiendo que seré financieramente responsable de todos y cada uno de los costos y cargos relacionados con el cobro de mi deuda.

Padres/Guardián Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Acuse De Recibo De Las Prácticas De Privacidad**

Aviso a los pacientes: Estamos obligados a poner a su disposición una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos usar y/o divulgar su información de salud.

***Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la OTRPUC.***

Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_