



**PEDIATRIC ASSOCIATES
REGISTRO DE PACIENTES**

*Por favor de completar la información del paciente. **TODOS LOS ARTÍCULOS DEBEN COMPLETARSE.***

INFORMACION DE PACIENTE					
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE DEL PACIENTE		INICIALES/2NDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
GENERO	NUMERO TELEFONICO DEL PACIENTE (16+)		MEDICO PREFERIDO		FARMACIA PREFERIDA/LOCACION
LENGUAJE USADO EN CASA: <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL <input type="checkbox"/> OTRO _____		ETNIA (SELECCIONE UNA): <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NO SABE/NEGACION		RAZA (SELECCIONE UNA): <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/A NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII <input type="checkbox"/> OTRO ISLENO DE PACIFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NO SABER/NEGACION	
INFORMACION DE PADRES/GUARDIANS					
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL (PRIMER CONTACTO)		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION DE ENVIO		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			EMPLEADOR
DIRECCION FISICA (SI ES DIFFERENTE A ARRIBA)		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			CORREO ELECTRONICO (ACCESO AL LA PORTAL ELECTRONICO)
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL (SEGUNDO CONTACTO)		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION DE ENVIO (SI DIFERENT DEL PRIMER CONTACTO)		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			EMPLEADOR
DIRECCION FISICA (SI ES DIFFERENTE A ARRIBA)		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			CORREO ELECTRONICO (ACCESO AL PORTAL ELECTRONICO)
¿QUIEN ES EL PRINCIPAL CUIDADOR DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO _____			¿SI APLICA, QUIEN TIENE LA CUSTODIA DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO _____ (POR FAVOR DEMUESTRE PAPELES LEGALES)		
CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE, RELACION CON EL PACIENTE, NUMERO DE TELEFONO)			¿COMO LE GUSTARIA RECIBIR NOTIFICACIONES DE CITAS? (ESCOJA MAS DE UNO) <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO <input type="checkbox"/> TELEFONO <input type="checkbox"/> TEXTO		
INFORMATION DE HERMANO/A (NADA MAS SI VAN HACER NUESTROS PACIENTE, O YA SON PACIENTES)					
NOMBRE Y APELLIDO DE PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO			NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO		
NOMBRE Y APELLIDO DE PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO			NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO		
INFORMACION DE ASEGURANZA					
ASEGURANZA PRINCIPAL		EL NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE QUIEN TIENE LA PÓLIZA DE SEGUROS	
<input type="checkbox"/> NO TENGO ASEGURANZA/PAGO EN EFECTIVO		¿ME GUSTARIA APLICAR PARA EL PROGRAMA D DESCUENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿ME GUSTARIA INFORMACION DE LA MEMBRESIA DE LA OFICINA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Por favor de leer cuidadosamente antes de firmar:

- Yo entiendo que soy totalmente responsable por los cargos financiados de mi hijo/a. El pago es requerido al momento del servicio. El paciente que este cubierto por una aseguranza privada, requiere pagar los copagos o deducibles en el momento de servicio. O si la factura ha sido enviada a su residencia. Yo entiendo que la tarjeta de la aseguranza es requerida estar EN TODAS LAS CITAS.
- Entiendo que los exámenes de audición, visión, desarrollo y todos los demás laboratorios internos se facturan por separado al seguro y es mi responsabilidad saber qué está cubierto por mi póliza de seguro y soy responsable de cualquier cargo que pueda ocurrir.
- Yo entiendo que, siendo el guardián, yo recibiré todos los estados financieros. Ambos padres son totalmente responsables por los estados financieros, sin importar la custodia legal.
- Yo por este medio autorizo pagos de beneficios médicos a la oficina de los Pediatric Associates. También autorizo que darán la información necesaria para procesar los reclamos de seguro. Yo entiendo que los costos no pagados por la seguridad se convierten en mi responsabilidad, a no ser que de otra manera la regulación federal lo prohíba.
- En el evento de una emergencia y no puedan comunicarse conmigo, yo doy el permiso a Pediatric Associates para que le den el tratamiento indicado a mi hijo/a (menor de 18 años) en su oficina en caso de una emergencia.
- Tengo el conocimiento del aviso de prácticas de privacidad de HIPAA que recibí, O que he tenido la oportunidad de recibir, la copia de la privacidad de la práctica de Pediatric Associates.
- Doy permiso para citas de telemedicina, cuando se considere necesario.
- Yo doy el consentimiento de recibir textos, mensaje de voz, recuerdos de citas, por correo electrónico, avisándome de las facturas de pago, y notificaciones de salud.
- Yo le doy permiso a Pediatric Associates de compartir información de las vacunas de mi hijo/a a las escuelas y con el sistema de vacunas del estado de Colorado (CIIS).

FIRMA	RELACION CON PACIENTE	FECHA
-------	-----------------------	-------



PEDIATRIC ASSOCIATES
CUIDADOR ALTERNATIVO

*El consentimiento debe ser completado por un padre / tutor legal. **TODOS LOS ARTÍCULOS DEBEN COMPLETARSE.***

INFORMACION DEL CUIDADOR		
NOMBRE Y APELLIDO DEL CUIDADOR	RELACION AL PACIENTE	NUMERO TELEFONICO
NOMBRE Y APELLIDO DEL CUIDADOR	RELACION AL PACIENTE	NUMERO TELEFONICO
NOMBRE Y APELLIDO DEL CUIDADOR	RELACION AL PACIENTE	NUMERO TELEFONICO

Por favor de leer cuidadosamente antes de firmar:

- Yo doy fe que los individuos nombrados anteriormente son todos de 18 años de edad o más a partir de esta fecha.
- Yo autorizo a los individuos nombrados anteriormente para dar consentimiento al tratamiento para mi hijo/a. Esto puede incluir, pero no se limita al consentimiento de los medicamentos, vacunas, procedimientos y hospitalizaciones. Pediatric Associates pueden transmitir cualquier información médica, incluyendo la información de salud protegida, sobre mi (s) hijo (s) que es necesaria para que las personas mencionadas anteriormente den su consentimiento informado para el tratamiento. Tengo entendido que el doctor le comunicara sus conclusiones y el plan de tratamiento sobre el cuidado del niño/a, y que en la mayoría de los casos una llamada a mí personalmente no debería ser necesario.
- Estoy de acuerdo en ser responsable de los cargos de servicio solicitado por los individuos nombrados arriba cuando lo requiera mi compañía de seguro(s).
- Acepto eximir de responsabilidad a Pediatric Associates y su personal por cualquier desacuerdo entre las personas mencionadas anteriormente y yo en relación con las decisiones de tratamiento.
- Yo entiendo que en cualquier momento puedo revocar a las personas que he autorizado anteriormente.
- **Doy fe de que soy el padre o tutor legal de los siguientes hijos y que tengo la autoridad legal para hacer este acuerdo.**

FIRMA	NOMBRE IMPRESO	FECHA
NIÑOS/A QUE TIENEN PERMISO A TRAER		
NOMBRE DEL NIÑO/NINA	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL NIÑO/NINA	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL NIÑO/NINA	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL NIÑO/NINA	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL NIÑO/NINA	FECHA DE NACIMIENTO	