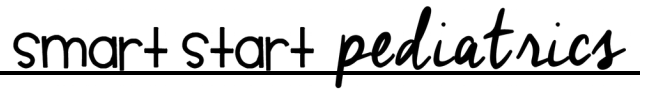


REGISTRO DE PACIENTE



Nombre legal del paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección: _____
Calle y # de Apartamento Ciudad Estado Código postal

Numero de Casa: (_____) _____ # de Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Nosotros estamos requeridos collector esta información de cada paciente. Por favor complete esta sección antes de entregar las formas.	
Preferencia en proveedora:	Sexo (Circulo): M F
Preferencia de idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Haitiano/Criollo Haitiano <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Raza de tu hijo(a): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Caucasio <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar <input type="checkbox"/> Otro _____	
Etnicidad de tu hijo(a): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar <input type="checkbox"/> Otro _____	

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección (si diferente): _____

Numero de Casa: (_____) _____ # de Celular: (_____) _____

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección (si diferente): _____

Numero de Casa: (_____) _____ # de Celular: (_____) _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro: _____ # de póliza: _____ # de Grupo: _____

Titular de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Relación con el asegurado: _____ Copago: Si No Amount: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro: _____ # de póliza: _____ # de Grupo: _____

Titular de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Relación con el asegurado: _____ Copago: Si No Amount: _____

Estoy de acuerdo que la información es correcta y verdadera. Autorizo a Smart Start Pediatrics LLC y su personal a tratar a mi hijo y doy mi consentimiento para toda la atención y atención médica que un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama considere necesaria y apropiada. Este consentimiento incluye, entre otros, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que retire mi delegación de consentimiento por escrito.

Nombre del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Relación al Paciente

DELEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA LOS HIJOS MENORES

Enumere todos sus hijos que asisten a Smart Start Pediatrics a continuación:

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____, autorizo las siguientes personas para que traigan a mis hijos(as) y den el
Nombre del padre o tutor legal
 el consentimiento a cualquier y toda la atención médica y la atención que se considera necesaria y apropiada por un profesional de la licencia de salud en el estado de Alabama. Este consentimiento incluye, pero no se limita, un tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos, y la atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que se retire mi delegación de consentimiento.

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____

Tengo en cuenta: Los individuos mencionados anteriormente son las únicas personas (que no sean los padres biológicos o tutores legales) autorizados a traer a sus niños para el médico.

Nombre del padre o tutor legal

Relación al niño

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre del Testigo

Nombre de la intérprete