**Pediatría siempre soleada**

**Registro de pacientes**

**Información del paciente:**

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: [ ] Masculino [ ] Femenino

Idioma preferido (si no es inglés): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se requiere traductor: [ ] Sí [ ] No [ ] Trans L a V [ ] Trans F a M

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] madre [ ] padre [ ] paciente [ ] otro

Raza [ ] Blanca [ ] Afroamericana [ ]  Indio americano Nativo [ ] de Alaska [ ] Asiático [ ] Nativo de Hawái/Islas del Pacífico

Etnicidad [ ] Hispana [ ] No

**Contacto de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información para padres/tutores:**

Nombre de la madre/tutora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:

[ ]  Texto Celular [ ] Llamada Celular. [ ] Llamada Inicio [ ] Correo Electrónico [ ] Portal [ ]  Correo

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:

[ ]  Texto Celular [ ] Llamada Celular [ ] Llamada Inicio [ ] Correo Electrónico [ ] Portal. [ ]  Correo

**Información financiera y de seguros**

Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona financieramente responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mismos Misma

**Hermanos** padres dirección

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí [ ] No [ ]  Sí [ ] No[ ]

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí [ ] No [ ]  Sí [ ] No[ ]

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí [ ] No [ ]  Sí [ ] No[ ]

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí [ ] No [ ]  Sí [ ] No[ ]

**Lista de Personas Autorizadas para Fines Médicos:**

Las personas que se enumeran a continuación están autorizadas a llevar a mi hijo a las citas y a dar su consentimiento para el tratamiento, los exámenes y las vacunas en mi ausencia. Por lo tanto, debe tener en cuenta que estas personas pueden obtener información personal durante una visita.

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_