

Always Sunny Pediatrics
Patient Registration

Patient Information:

Last _____ First _____ Middle _____ Sex ☐ Male ☐ Fem
Address _____ ☐ Trans M to F
Birthdate _____ Phone: _____ ☐ mother ☐ father ☐ patient ☐ other ☐ Trans F to M
Race ☐ White ☐ African American. ☐ Am. Indian ☐ Alaskan Nat. ☐ Asian ☐ Nat. Hawaiian/Pacific Islander
Ethnicity ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic Preferred Language (if other than English): _____

Emergency Contact:

Translator Required: ☐ Yes ☐ No

Name _____ Phone _____ Relationship to patient _____

Parents/Guardian Information:

Mother/ Guardian Name: _____ Birthdate _____ Email _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone Home _____ Cell _____ Work _____ Email _____
Preferred method of contact ☐ Text Cell ☐ Call Cell ☐ Call Home ☐ Email ☐ Portal ☐ Mail
Father/ Guardian Name _____ Birthdate _____ Email _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone Home _____ Cell _____ Work _____ Email _____
Preferred method of contact ☐ Text Cell ☐ Call Cell ☐ Call Home ☐ Email ☐ Portal ☐ Mail

Insurance/Financial Information

Insurance _____ ID # _____ Group _____
Subscriber Name _____ Birthdate _____ Social Security _____
Relationship to Patient _____ Employer _____
Person financially responsible _____ Birthdate _____ Phone _____
Address _____

Siblings		Same Parents	Same address
Name _____	Date of Birth _____	Yes ☐ No ☐	Yes ☐ No ☐
Name _____	Date of Birth _____	Yes ☐ No ☐	Yes ☐ No ☐
Name _____	Date of Birth _____	Yes ☐ No ☐	Yes ☐ No ☐
Name _____	Date of Birth _____	Yes ☐ No ☐	Yes ☐ No ☐

List of Authorized Persons for Medical Purposes:

The individuals listed below are authorized to bring my child to appointments and consent for treatment, examinations, and vaccines in my absence. As a result, you should be aware that these individuals may acquire personal information during a visit.

Name _____	Relationship _____	Phone _____
Name _____	Relationship _____	Phone _____
Name _____	Relationship _____	Phone _____

I authorize necessary treatment for my child's care by the Always Sunny staff to be given with my verbal consent. I authorize payment by my insurance company directly to Always Sunny of the medical/surgical benefits for the services rendered and release of medical information to my health insurance to process claims and to specialists when referred for consults. I understand that I am financially responsible to Always Sunny for all payments due that are not covered by my insurance plan.

Signature: _____ Printed Name _____ Date _____

Pediatría siempre soleada
Registro de pacientes

Información del paciente:

Sexo

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ ☐ M ☐ F

Dirección _____ Cuidado _____ Código Postal _____ ☐ Trans L a V

Idioma preferido (si no es inglés): _____ Se requiere traductor: ☐ Sí ☐ No ☐ Trans F a M

Fecha de nacimiento _____ Teléfono: _____ ☐ madre ☐ padre ☐ paciente ☐ otro

Raza ☐ Blanca ☐ Afroamericano ☐ Indio americano nativo ☐ de Alaska ☐ asiático ☐ Hawaiano/Islands del Pacífico Etnicidad

Información para padres/tutores:

☐ Hispana ☐ Non Hispana

Nombre de la madre/tutora: _____ Fecha de nacimiento _____

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

Primero Seguro _____ Número de identificación _____ Grupo _____

Segundo Seguro _____ Número 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 _____

Hermanos

mismos padres mismo 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 ☐

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 _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Autorizo al personal de Always Sunny a brindar el tratamiento necesario para el cuidado de mi hijo/a con mi consentimiento verbal. Autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos directos a Always Sunny por los beneficios médicos/quirúrgicos relacionados con los servicios prestados y autorizo a mi compañía de seguros a procesar reclamaciones y a los especialistas cuando sean derivados para consultas. Entiendo que soy responsable financieramente ante Always Sunny de todos los pagos adeudados que no estén cubiertos por mi plan de seguro.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____