



Pediatrics

REGISTRO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Información del Paciente	Último, medio, primero	N.º de seguro social	Preferencia de género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M to F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F to M)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
	Raza <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otra			
	¿El paciente es hispano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	Nombre de contacto en caso de emergencia	Relación con el paciente	Teléfono de contacto en caso de emergencia	

Información del Padre / Tutor	Nombre de la madre/tutor		Dirección de correo electrónico de la madre/tutor		
	Dirección postal de la madre/tutor		Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono primario de la madre/tutor	Fecha de nacimiento	Ocupación		
	Nombre del padre/tutor		Dirección de correo electrónico del padre/tutor		
	Dirección de correo postal del padre/tutor		Ciudad	Estado	ZIP
	Teléfono primario del padre/tutor	Fecha de nacimiento	Ocupación		

Información del Garantey Seguro	Seguro primario	N.º de póliza	N.º de grupo		
	Nombre del suscriptor	Relación con el paciente			
	Seguro secundario (si corresponde)	N.º de póliza	N.º de grupo		
	Nombre del suscriptor	Relación con el paciente			
	Garante/Nombre de la persona responsable del pago (si es diferente al del suscriptor)				
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
	Teléfono	Relación con el paciente			

Firma del padre/tutor	Relación con el paciente	Fecha
-----------------------	--------------------------	-------



Autorización y contrato para tratamiento

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

El abajo firmante por el presente presta su consentimiento y acepta el tratamiento a ser suministrado al paciente cuyo nombre aparece en el Formulario de inscripción. El paciente, tutor o representante del paciente debe colocar sus iniciales en todos los puntos que corresponda.

Consentimiento para el tratamiento

____ Certifico que solicito examen y tratamiento médico para el paciente de parte de los médicos y empleados de Front Porch Pediatrics. Doy mi permiso para la evaluación y tratamiento y certifico que no hay garantía ni me han asegurado los resultados que se puedan obtener. Si el paciente es un menor, entiendo que un padre, tutor legal o adulto responsable debe acompañar al paciente al centro médico y permanecer con el paciente durante todo el examen.

Contrato financiero y asignación de beneficios

____ Entiendo que he recibido una copia de la Política financiera de Front Porch Pediatrics y que acepto cumplir con sus términos.

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

____ Entiendo que he recibido una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de Front Porch Pediatrics y que acepto cumplir con sus términos.

Aviso de Practica de privacidad

____ Entiendo que he recibido una copia del Aviso de Front Porch Pediatrics Practica de Privacidad.

Divulgación de información médica

____ (si corresponde) Además del uso y/o divulgación de mi PHI tal como se establece arriba, autorizo a que mi información sea divulgada a la(s) siguiente(s) persona(s). Incluya nombre completo de la(s) persona(s) autorizada(s) a continuación. Entiendo que este pedido no limitará el uso y divulgación normal de PHI tal como se establece arriba.

Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente

____ Autorizo recibir mensajes de Voz y Texto con información de citas.

____ Entiendo que puedo enmendar o revocar mi consentimiento de usar y/o divulgar PHI en cualquier momento, si lo hago por escrito. El uso o divulgación que ocurra previo a la fecha en la que presento la revocación del consentimiento no se verá afectado.

He leído y comprendo totalmente el consentimiento y acuerdo antes mencionados.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

Solo uso de oficina	
Employee signature	Date



Release of Information Request Form
Formulario de solicitud de divulgación de información

Release To: Front Porch Pediatrics

Obtain From: _____
(Obtener de)

Address: _____
(DIRECCIÓN)

Re: Patient Name: _____ Date of Birth _____
(Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento)

Purpose for release: _____
(Propósito)

<input type="checkbox"/> All Medical Records (Todos los registros médicos)
<input type="checkbox"/> Other (otro)

* I hereby authorize Front Porch Pediatrics to obtain / release the above information regarding myself or my dependent, above named.

(Por la presente autorizo a Front Porch Pediatrics a obtener / divulgar la información anterior sobre mí o mi dependiente, arriba mencionado.)

* It is further understood that this release is subject to revocation at any time in writing, and unless otherwise specified hereinafter, automatically expires in 360 days from the signature date.

(Se entiende además que este comunicado está sujeto a revocación en cualquier momento por escrito, y a menos que se indique lo contrario.

Especificado a continuación, vence automáticamente a los 360 días a partir de la fecha de la firma.)

Signature of Patient / Guardian
(Firma del paciente / tutor)

Relationship to Patient
(Relación con el paciente)

Date
(Fecha)

Employee Initials
