



**REGISTRO DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Raza \_\_\_\_\_ Etnico: HISPANO NO-HISPANO PREFIERO NO RESPONDER  
Idioma Preferido en la Casa \_\_\_\_\_  
Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
¿Cómo nos ha conocido? \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia (Afuera de Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Otros niños en la casa que están pacientes de este oficina \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE GARANTES / PARTES RESPONSABLE**

Padre/Tutor Legal #1 _____	Padre/Tutor Legal #2 _____
Relación al Paciente _____	Relación al Paciente _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____	Fecha de Nacimiento _____ SSN _____
Dirección <input type="checkbox"/> Mismo del Paciente	Dirección <input type="checkbox"/> Mismo del Paciente
_____	_____
_____	_____
Teléfono Preferido _____	Teléfono Preferido _____
Celular _____ Trabajo _____	Celular _____ Trabajo _____
Empleador _____	Empleador _____
Correo Electrónico _____	

*Si los padres están separados o divorciados, responde a estas preguntas.*

¿Quien tiene la custodia principal? \_\_\_\_\_  
¿Hay restricciones legal que prohíbe el padre no custodio de consintiendo a tratamiento médico para el/la niño(a), o recibiendo información sobre su tratamiento?  Sí  No  
En caso afirmativo, explique por favor, y nos provee una copia de cualquier papeleo legal y pertinente. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROCEDA →**

## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Primario: Seguro Médico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#SS del Suscriptor \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Secundario: Seguro Médico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#SS del Suscriptor \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

## PREFERENCIAS DE CONTACTO

Celular (mensajes de texto)

Recordatorios de citas

Correo electrónico

Cuentas médicas

Correo postal

Teléfono: ¿Podemos dejarle un mensaje?

*Autorizo la divulgación de información médica que es necesaria para determinar beneficios. Esta autorización es válida hasta que sea cancelada de mi aviso escrito. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cargos, aunque no estan cubierto de seguro médico. Consiento a procedimientos dianósticos y tratamiento medico proporcionado por One Pediatrics, y entiendo que los resultados no están garantizados..*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ONE Pediatrics, PLLC: All Star Pediatrics, East Louisville Pediatrics, One Pediatrics at Simpsonville, Prospect Pediatrics, South Louisville Pediatrics, Springs Pediatrics, and Oldham County Pediatrics.